

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre CAILLARD

Né le 26 Janvier 1913 à Reims (Marne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VOLVULUS DU CÆCUM

ET DU COLON DROIT

ET DE SON

DIAGNOSTIC RADIOGRAPHIQUE

Président : M. GREGOIRE, Professeur

REIMS

IMPRIMERIE DU NORD-EST

15, rue des Telliers

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre CAILLARD

Né le 26 Janvier 1913 à Reims (Marne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VOLVULUS DU CÆCUM

ET DU COLON DROIT

ET DE SON

DIAGNOSTIC RADIOGRAPHIQUE

Président : M. GREGOIRE, Professeur

REIMS

IMPRIMERIE DU NORD-EST

13, rue des Telliers

1939

LE DOYEN M. TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUILLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LÉVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance Médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne Pathologie médicale.
 BESANCON (Justin) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENEAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE REIMS

Monsieur le Docteur René JACQUINET

In Mémoriam.

Monsieur le Docteur TÉCHOUEYRES

Directeur de l'École de Médecine de Reims.
Officier de la Légion d'Honneur.

Monsieur le Docteur Georges RAILLIET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.
Professeur à l'École de Médecine de Reims.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Monsieur le Docteur André JACQUINET

Professeur de la Clinique Médicale
de l'École de Médecine de Reims.

Monsieur le Docteur BILLARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.
Professeur à l'École de Médecine.
Chirurgien des Hôpitaux de Reims.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Monsieur le Docteur Robert LARDENNOIS

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.
Chirurgien des Hôpitaux de Reims.

Homage reconnaissant.
Ils m'ont initié aux premiers éléments
de la Clinique.

A Monsieur le Docteur HENRY LARDENNOIS

Professeur de Clinique chirurgicale
à l'École de Médecine de Reims.

Membre correspondant de la Société Nationale
de Chirurgie.

Officier de la Légion d'Honneur.

A Monsieur le Docteur MORANGE

Médecin des Hôpitaux de Reims.

A Monsieur le Docteur LANGLET

Chirurgien de l'Hôpital Américain d'enfants.

Externe dans leurs services, je leur dois une
gratitude particulière, pour les précieuses
disciplines intellectuelles qu'ils m'ont léguées.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Docteur DEVRAIGNE

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière.

Monsieur le Docteur FLANDIN

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Monsieur le Professeur LEMIERRE

Professeur de la Clinique des maladies
infectieuses de la Faculté de Médecine.

Monsieur le Professeur GUILLAIN

Professeur de la Clinique des maladies
nerveuses de la Faculté de Médecine.

En témoignage de ma vive reconnaissance,
pour leur remarquable enseignement que
j'ai eu la chance de recevoir.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur LEMARCHAL

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.
Chirurgien en Chef de l'Hôtel-Dieu de Laon.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A qui je dois le sujet de cette thèse.
Témoignage de ma très vive reconnaissance
pour les encouragements et les précieux
conseils, qu'il ne cessa de me prodiguer,
au cours de cette vie d'Internat, à l'Hôtel-Dieu
de Laon, si féconde en enseignements.

A Monsieur le Professeur GRÉGOIRE

Professeur de Clinique Chirurgicale.
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.
Officier de la Légion d'Honneur.

Qui m'a fait le très grand Honneur
d'accepter la Présidence de cette thèse.
Qu'il trouve ici l'expression de ma
profonde reconnaissance.

Contribution à l'Étude
du
Volvulus du Cæcum et du Colon Droit
et de son
Diagnostic radiographique

INTRODUCTION

« A l'heure actuelle je ne conçois plus la chirurgie abdominale d'urgence, privée du secours de la radiographie sans préparation. »

Ainsi s'exprimait MOULONGUET, à la séance du 21 avril 1937 de l'Académie de Chirurgie, dans son rapport sur le diagnostic radiographique d'une occlusion intestinale aigüe, à propos de l'observation d'occlusion intestinale, par volvulus du cæcum, envoyée par MM. SICARD et MALGRAS.

C'est pourquoi, à propos d'un cas inédit de volvulus du cæcum et du colon droit, que nous devons à l'extrême obligeance du D^r LEMARCHAL, Chirurgien en Chef de l'Hôtel-Dieu de Laon, qui a bien voulu nous prodiguer ses précieux conseils et ses encouragements pour ce travail, cas pour lequel une radioscopie et une radiographie sans préparation furent faites, et dont le traitement par l'hémi-colectomie droite fut suivi de guérison chez un homme de 65 ans, nous nous proposons, sans avoir la prétention de refaire l'étude complète de la question, de revoir rapidement et de comparer avec notre observation personnelle et les vingt-deux observations récentes, publiées sur cette affection, que nous avons pu recueillir depuis 1929, quelques points particuliers de celle-ci (fréquence, étiologie, symptomatologie).

A ce sujet, nous rapporterons avec ces observations suivies des appréciations de leurs auteurs et rapporteurs, les dernières théories émises sur ce volvulus particulier.

Nous rappellerons le rôle de toute première importance que joue la bride péritoneale que nous allons retrouver fréquemment.

Son intérêt avait déjà été mis en relief depuis longtemps, car : « Il y a neuf ans, disait GRÉGOIRE à la séance de la Société

Nationale de Chirurgie, du 13 juin 1934, qu'avec mon ami et élève BONNECAZE, je vous apportais la première observation de bride péritoneale enserrant le pied d'un volvulus de l'intestin grêle: il semble, en effet, de plus en plus que les volvulus sur le grêle ou sur le gros intestin sont causés par un obstacle. »

Mais nous nous permettrons d'insister surtout sur les symptômes encore peu nets de cette affection, et plus particulièrement sur son diagnostic, dont la radiographie doit apporter l'aide précieuse que nous verrons.

En effet, sur nos vingt-deux observations de volvulus caecal, confirmé par l'opération, le diagnostic d'occlusion intestinale a été fait onze fois.

C'est parmi ces onze cas, qu'on a pratiqué cinq fois la radiographie; ce qui a permis de conclure trois fois à un volvulus, mais de ne préciser qu'une seule fois : volvulus du cæcum ; c'est parce qu'on se trouvait en présence d'images nouvelles et ne correspondant à rien de classé, disait SICARD dans son observation, communiquée à cette séance de l'Académie de Chirurgie du 21 avril 1937.

C'est si vrai, que si nous parcourons la thèse de PENTHER, nous lisons : « ...la radioscopie de l'occlusion intestinale est trop peu utilisée en France, pour que l'on soit en droit de tirer des conclusions précieuses (mais nous étions en 1923) ; cependant LOUBAT, en 1930, ne la mentionne même pas, et DOUCET, en 1934, ne veut en parler : « juste pour diagnostiquer le volvulus par bascule autour d'un axe horizontal, où cela est du plus haut intérêt; mais il ajoute : que le vrai volvulus (celui par torsion sur l'axe longitudinal de cæcum) n'est jamais diagnostiqué, pensant qu'il est dangereux d'administrer un lavement baryté à un malade. »

Nous verrons que le lavement baryté n'est pas toujours utile. « Les images de radiographie abdominale sans préparation sont ressemblantes, leur enregistrement est précieux et, en conséquence, nous devons apprendre à les lire », disait encore MOULONGUET dans son rapport.

Nous ajoutons même que non seulement le lavement baryté peut être dangereux, mais qu'il peut induire en erreur. MOULONGUET cite un cas « où le lavement baryté a été trompeur, et n'a pas permis de trouver, en remplissant la totalité

du cadre colique, la cause de l'occlusion par cancer du colon sigmoïdien : il a, de plus, entraîné une laparotomie dangereuse et inutile, qui ne permit pas de reconnaître, au milieu d'anses grêles distendues, la tumeur sigmoïdienne. »

Dans ce même ordre d'idées, nous apporterons aussi l'observation inédite d'une malade traitée à l'Hôtel-Dieu de Laon en mars 1939, où la radiographie avait montré : un mégadolichocolon avec de larges images hydroaériques et arrêt de la gélobarine au niveau de l'angle colique droit, sans pouvoir mettre en évidence la cause de l'occlusion, qui était non un volvulus, mais un cancer de l'angle colique droit.

Nous terminerons par une brève discussion des moyens thérapeutiques employés et des résultats que l'on en a obtenu, en défendant avec notre Maître, le D^r LEMARCHAL, la résection, c'est-à-dire l'hémi-colectomie droite, comme traitement de choix.

Nous relevons, en effet, sur nos vingt-deux observations et (sachant bien que l'on publie surtout les bons cas) qu'il y eut, sur les six opérations palliatives où l'on s'est réduit à drainer, c'est-à-dire sur six fistulisations cæcales, deux morts, alors que sur les cinq hémi-colectomies droites pratiquées, il y eut cinq guérisons.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

LEMARCHAL (DE LAON)

M. P... Al... âgé de 63 ans, arrivé le 3 Mars 1937.

Adressé pour ulcus gastrique perforé possible. Douleurs gastriques à type de brûlures avec faim douloureuse existant depuis une trentaine d'années. Le 3 Mars 1937 vers 3 heures du matin il ressent une violente douleur abdominale — a un vomissement alimentaire puis un autre muqueux. Une selle normale et des gaz. Reçoit à ce moment une injection de morphine.

A l'entrée, T : 36.7 — P. : 70. Paraît souffrir beaucoup et se plaint de tout l'abdomen sans localisation précise. Langue saburrale. Ventre très légèrement ballonné avec défense musculaire à l'épigastre qui n'est pas plus sensible que le reste de l'abdomen. Bonne respiration abdominale. Matité hépatique. Toucher rectal négatif.

A 12 heures je trouve un malade avec pouls à 96 bien frappé, paraissant moins souffrir. Couché sur le côté droit, il n'a plus vomi. La paroi abdominale respire normalement. Partout souple même à l'épigastre où l'on constate cependant sous le grand droit une masse arrondie sensible à la pression mobile avec la respiration, se portant en haut sous le rebord costal. On pense d'abord à une cholécystite possible, mais la matité hépatique a complètement disparu et la tuméfaction elle-même est absolument sonore, plutôt même tympanique. *On diagnostique une perforation probable mais avec enkystement* et on remet l'intervention à l'après-midi après radio. L'après-midi l'état ne s'est guère modifié. Le malade est toujours couché sur le côté souffrant par crises. Anxieux. Les crises se reproduisent toutes les 10 minutes violemment. T : 38 — P : 96. On constate en prenant la température que la région anale est souillée de matières molles.

Radioscopie. — Pas de bulles gazeuses sous-diaphragmatiques, mais cependant opacité moindre que normalement et niveau de liquide au niveau de la tuméfaction. En faisant coucher le malade,

l'opacité est plus accentuée et le niveau du liquide a disparu. En ramenant le malade à la verticale, deux niveaux de liquide, le nouveau liquide étant en dehors du précédent. Radiographie.



Observation 1.

M. P..., 63 ans. Hôtel-Dieu, Laon.

Radiographie sans préparation

D^r Pestel, Laon
3-3-37

Gros ballon épigastrique, formant image claire, à limites nettes, avec incisures obliques et deux niveaux liquidiens en position verticale.

Intervention au Balsoforme. Laparotomie transversale droite sus-ombilicale. A l'ouverture du péritoine issue de sérosité hémattique et apparition d'une masse noire et tendue. Débridement vers le bas. On reconnaît le gros intestin en volvulus. Il faut pour l'extérioriser débrider à partir de l'angle supérieur vers la ligne médiane, comme dans l'incision de Mayo Robson et vers le bas. Mais de ce côté on n'arrive pas à extérioriser l'anse grêle (après détorsion) qui aboutit au pôle inférieur du caecum. Détorsion de 270° en sens inverse des aiguilles d'une montre, en haut continuant avec transverse en dedans dans l'angle droit. L'anse infarcie représente donc la terminaison de l'iléon, le caecum et le côlon ascendant à angle droit. Il faut débrider vers le bas pour pouvoir



Observation 1.

Radiographie Dr Pestel, Laon.

M. P..., 63 ans, Hôtel-Dieu, Laon
17 jours après l'Hemicolectomie droite.

30-3-37

Stase stomacale, forte dilatation gazeuse de l'intestin grêle, transit facile
(Ileotransversostomie).

sectionner une membrane de Lane qui retient l'iléon et une plaque de mésentérite rétractée qui s'oppose encore à l'extériorisation. L'iléon étant enfin dégagé : Hémicolectomie droite. En libérant l'angle droit on rencontre un cordon qui paraît être un appendice. Libération il se rompt. Fermeture en trois plans du transverse plus implantation à sa face antérieure de l'iléon selon la technique de Cunée. On ramène l'éplipléon en avant de l'anastomose et on le fixe à l'iléon par un surjet suturé au fil de lin. Fermeture par surjet de la brèche mésentérique. Réunion en plans bronze, sauf pour le crochet oblique supérieur ou en suture par plan profond en crins perdus et crin cutané.

L'intervention a été bien supportée. Pouls bien frappé. On vérifie l'opération terminée qu'il s'agit bien de l'appendice qui s'est rompu à 2 cm. de son implantation caecale.

Suites opératoires : très simples, la température à 39°, le lendemain, est tombée en trois jours. Le ventre légèrement ballonné au deuxième jour, on place la sonde rectale pour faciliter l'évacuation des gaz par l'anus. Une selle au troisième jour, depuis l'intestin fonctionna régulièrement. Une radiographie pratiquée au dix-septième jour, montre une forte dilatation gazeuse du grêle, mais un transit iléotransverse normal et facile. Le malade quitte le service au 23^e jour, ayant notablement engraisé.

OBSERVATION II

SICARD ET MALGRAS

(In : *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, Tome 63 — n° 13, séance du 21 avril 1937.)

M. B... Pierre, soixante-deux ans.

Entre à l'Hôpital Tenon, service Roux-Berger, dans la matinée du 13 février 1937 pour des phénomènes abdominaux.

Le début a été progressif : le malade dit avoir présenté depuis une semaine des douleurs abdominales à type de colique, jamais très intenses sans vomissements. Pas de selles depuis huit jours, émission de gaz jusqu'à la veille : mais pas de gaz depuis la veille dans la soirée.

Dans les antécédents, on ne retrouve ni constipation, ni troubles digestifs, ni grandes crises abdominales, ni mélaéna. Pas de modification récente de l'état général.

Dans la nuit qui a précédé son entrée à l'hôpital il aurait eu des nausées avec un vomissement alimentaire. Le facies est bon, la langue humide. Pas de dyspnée. La température est à 37,7, le pouls à 80. L'abdomen est légèrement ballonné dans son ensemble

sans aucune asymétrie; pas de mouvements péristaltiques, mêmes provoqués. A la percussion, sonorité étendue et très nette dans toute la moitié supérieure de l'abdomen, paraissant plus étendue à gauche qu'à droite. Matité dans la région sous-ombilicale, qui persiste après avoir sondé le malade. Pas de douleur à la palpation de l'abdomen. Toucher rectal : ampoule vide, aucune douleur dans le douglas.

On hésite à poser le diagnostic d'occlusion intestinale devant ce minimum de signes et *on décide de pratiquer une radiographie sans préparation.*

Cliché n° 1 de face, en station verticale (12 heures).

Il montre un niveau liquide étendu d'un flanc à l'autre, sans aucune image caractéristique d'une occlusion. A la vérité en y regardant bien, on voit à la partie supérieure les limites d'une coupe dont le sommet serait paramédian gauche et dont la signification devait apparaître par la suite; mais ce détail échappe à ce moment.

La signification de ce cliché reste obscure.

En rentrant du service de radiologie : 30 c.c. de sérum salé hypertonique à 20 p. 100 intra-veineux; petit lavement salé hypertonique, qui n'entraîne aucune débâcle.

Vers 15 heures les nausées sont plus nettes que dans la matinée et un signe nouveau est apparu : une douleur para-ombilicale droite assez vive.

Après l'examen du chirurgien de garde (Sicard) les signes abdominaux étant les mêmes, on décide de pratiquer de nouvelles radiographies. Elles sont pratiquées par M. Le Canuet, radiologiste de garde, à 16 heures.

Clichés 2, 2 bis, 2 ter : en position debout, sans préparation, centrées successivement sur le petit bassin, la partie haute de l'abdomen la partie basse du thorax.

Ces clichés montrent cette fois nettement un gros ballon à limites très nettes, beaucoup moins volumineux que sur le cliché 1, et autour de lui des anses grêles distendues. De plus, il existe un énorme pneumopéritoine, décollant le foie de plusieurs centimètres.

Un lavement baryté est administré : cliché 3 et 3 bis. Il montre la perméabilité du côlon et l'existence, dans le cadre colique, du ballon aérique précédemment remarqué. On ne voit plus les anses grêles. Sur le cliché 3 bis, on note que le lait baryté a pénétré un peu dans le ballon. *Le diagnostic reste incertain parce que ces images ne correspondent à rien de classé.*

Intervention à 23 h. 30 par M. Malgras en présence de M. Sicard. Rachianesthésie. Silence abdominal complet.

Médiane para-ombilicale gauche. A l'ouverture du péritoine, pas de liquide, mais des gaz en grande quantité et sous pression. Les anses grêles sont d'aspect normal et plates. Un mégacaecum ne présentant aucun accollement péritonéal est basculé de sorte que sa face postérieure est devenue antérieure et que le fond du caecum est en haut et à gauche, mais sans qu'existe de torsion associée à cette bascule. Il est distendu au point d'occuper à la fois la région médiane et tout le flanc gauche, son siège répondant à l'anse très dilatée dont les clichés avant lavement montraient l'image. Son diamètre est de 10 à 15 centimètres environ. Il existe sur la face postérieure une perforation absolument punctiforme, autour de laquelle la paroi est distendue comme sur tout le reste du caecum, mais sans rien présenter de particulier. La pression fait sourdre du gaz à son niveau, mais pas de liquide. On pratique :

1° Un enfouissement de cette perforation par deux points en bourses concentriques.

2° Iléotransversostomie latéro-latérale, dans le désir de pratiquer une hémicolectomie droite ultérieure.

Parois en un plan aux bronzes. Drain dans le douglas. En dépit d'un clampage préalable, un peu de liquide a fait issue du transverse à l'incision de la muqueuse.

Suites opératoires très simples. Fièvre à 39° le lendemain, qui descend en quatre jours à 37°5. Pouls parallèle à la température. Rétablissement du transit intestinal, avec légère diarrhée pendant quinze jours. Drain enlevé le quatrième jour. Légère désunion de la partie supérieure de la plaie. Le malade a quitté le service de Tenon; il doit y revenir sous peu pour subir, si cela paraît nécessaire, la colectomie droite.

OBSERVATION III

MM. A. CHARRIER, J. LANGE, P. LAUMONIER ET M. FERRADOU

(In : *Bordeaux Chirurgical*, avril 1936.)

M. R..., 53 ans, notaire à M..., opéré trois ans auparavant de thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire, et très amélioré est pris de coliques abdominales violentes le 3 avril 1935. Son médecin appelé fait le diagnostic d'appendicite et le revoyant le soir même nous fait alors appeler en consultation; nous constatons de vives douleurs, à type de coliques, dans la fosse iliaque droite, dans le flanc et l'hypocondre du même côté; deux vomissements le matin, un peu de gêne respiratoire : température 37°5, pouls

à 75; faciès angoissé, surtout au moment des crises coliques; pas de selles, pas de gaz depuis trente-six heures :

A l'examen : pas de météorisme marqué, sauf peut-être à droite; mais un peu de défense de la paroi; hypersonorité très nette dans la fosse iliaque droite et remontant jusqu'au foie. Le toucher rectal est négatif.

Le diagnostic nous paraît difficile, et si celui d'occlusion intestinale a semblé le plus probable, il nous paraît impossible d'en supposer la cause. Le diagnostic de volvulus du caecum ne fait que traverser notre esprit, nous ne nous y arrêtons pas. Le malade acceptant tout de suite l'intervention chirurgicale proposée, est opéré, à 10 heures du soir sans radioscopie ni radiographie. Une laparotomie médiane sus et sous-ombilicale, faite sous anesthésie générale, montre dès l'ouverture de l'abdomen une anse intestinale énorme et ecchymotique; c'est le caecum dont nous ne pouvons encore apercevoir le fond, qui est finalement découvert placé sous la concavité hépatique, qui le recouvre et le cache complètement. Il s'agit d'un volumineux volvulus ayant fait basculer en totalité le caecum du haut en bas, ce dernier présente quelques taches suspectes quant à la vitalité; sa paroi est extrêmement amincie. Une bonne partie des anses grêles se trouve placée dans la gouttière latéro-colique; elles sont plates, non distendues. On les remet en place, ce qui permet de voir le sens de la torsion, qui s'est faite de droite à gauche, l'appendice est sain; nulle part il n'existe de bride.

Le caecum détordu, nous paraît extrêmement distendu. Il est ponctionné et vidé de son contenu. Malgré quelques inquiétudes sur la vitalité de l'organe, nous nous contentons de détorsion suivie de caecostomie.

Suites opératoires immédiates très bonnes; selles normales le cinquième jour, par l'anus naturel; pas de température, pas de douleurs.

Le dixième jour à 11 heures du soir, mort en quelques minutes, œdème aigu du poumon.

OBSERVATION IV

A. CHARRIER — J. LANGE — P. LAUMONIER ET M. FERRADOU

(In : *Bordeaux Chirurgical*, avril 1936)

Madame X... âgée de 54 ans, entre le 4 Juin 1935 à l'Hôpital Saint-André, pour occlusion intestinale. Deux jours auparavant, en pleine santé et sans aucun antécédent digestif la malade fut prise de coliques violentes siégeant d'abord dans la fosse iliaque

droite, puis dans le flanc et l'hypocondre gauches; deux vomissements bilieux. Pas de température, pouls à 80, mais faciès altéré.

L'abdomen frappe aussitôt par son météorisme asymétrique, il existe au niveau du flanc et de l'hypocondre gauche un ballon sphérique du volume d'une tête d'adulte, de consistance élastique et d'une sonorité tympanique. Pas de péristaltisme, pas de signes d'ascite. Le toucher rectal ne montre rien de spécial, le sphincter n'est pas relâché, la muqueuse rectale n'est pas œdémateuse.

Le diagnostic le plus probable paraît être celui de volvulus du côlon pelvien, malgré l'absence de signes rectaux. C'est dans ces conditions que nous procédons à un *examen radiologique*. Sur un premier cliché sans préparation, on aperçoit une anse extrêmement dilatée que nous pensons être l'anse sigmoïde volvulée, mais à notre grande surprise le lavement opaque donné sous faible pression, injecte le cadre colique; celui-ci encadre l'anse dilatée, qui comprime le côlon transverse.

Une laparotomie médiane sus et sous-ombilicale est faite aussitôt : le caecum du volume d'une tête d'adulte portant un petit appendice turgescent jaillit littéralement hors du ventre. L'exploration de l'abdomen montre qu'il n'existe aucune autre anse dilatée, c'est caecum et début du colon ascendant qui ont basculé dans l'hypocondre gauche. Dans l'angle aigu ainsi constitué entre l'anse basculée et le reste du côlon ascendant se glissent deux anses grêles : la supérieure va presque directement à l'angle duodéno-jéjunal, l'inférieure se rend à l'abouchement iléo-caecal; tout le paquet des anses grêles s'est glissé dans la gouttière paracolique droite. Après avoir remis le grêle en place on constate que l'axe autour duquel s'est effectué la bascule est transversal ou légèrement oblique en bas et à gauche. A ce niveau commence seulement l'accolement du côlon droit à la paroi postérieure, accolement souligné par une brise épaisse, bande fibreuse ininterrompue qui passe aussi en avant sur la face antérieure de l'intestin et la comprime.

Après avoir abaissé le caecum, on le ponctionne et on y glisse une petite sonde de Petzer, que l'on maintient par une brousse au fil de lin; on le remet en place dans la fosse iliaque et fixe la sonde aux téguments, ce qui paraît réaliser une fixation suffisante de l'organe. On sectionne la bride colique et l'on referme la paroi aux fils de bronze.

Suite normales. Cependant, azotémie postopératoire à 0 gr. 95 avec somnolence et urines rares, qui disparaît rapidement à la suite d'injections intraveineuses de sérum hypertonique, selle spontanée le troisième jour; le septième jour la sonde tombe spontanément. La fistule se ferme rapidement, puis guérison progressive sans incident.

OBSERVATION V

M. GIGNOUX ET MASSADIER

(In *La Loire Médicale*, Février 1936.)

Rien dans les antécédents de cette malade qui puisse intéresser l'affection en cause.

Le début remonte au mercredi 30 octobre 1935. La malade rentre chez elle, fatiguée plus que de coutume par son travail, se met au lit et se sent prise pendant la nuit de coliques abdominales de plus en plus violentes semblant atteindre leur paroxysme en six heures environ. Dès ce moment, arrêt complet des matières et des gaz.

Son médecin mandé dans la journée du jeudi ordonne du charbon et des suppositoires à la glycérine qui amènent une petite selle. Les coliques continuent et s'accompagnent de vomissements de plus en plus intenses. Le lendemain vendredi, son médecin revient, diagnostique une occlusion intestinale et ordonne son transfert immédiat au Pavillon d'urgence. Pour des raisons familiales, elle n'arrive au Pavillon d'urgence que le dimanche soir à six heures.

L'interrogatoire et l'examen révèlent qu'il s'agit d'une femme de 57 ans en occlusion depuis quatre jours. L'abdomen est distendu par une masse suspubienne, volumineuse, tendue, très douloureuse au palper, sonore à la percussion, dont la malade affirme l'apparition depuis trois jours seulement, elle est formelle sur ce point. De plus cette masse paraît mobile à la palpation.

Le T. R. et le T. V. ne fournissent pas de renseignements spéciaux. Les antécédents gynécologiques sont nuls, ménopause normale à 48 ans, sans pertes depuis.

Pas d'amaigrissement ces derniers temps.

En raison du début brusque de l'affection de l'hyperesthésie cutanée, de l'absence d'anamnèse pouvant orienter le diagnostic dans le sens d'une sténose néoplasique, *on pense à une torsion d'un viscère*, en l'occasion à une torsion d'un kyste de l'ovaire à type exclusif.

L'intervention pratiquée immédiatement sous rachi-anesthésie conduit par une laparotomie médiane sous ombilicale, sur une masse violacée, tendue, fluctuante que l'on identifie comme une anse intestinale.

Après isolement soigneux du côté grand ventre et du petit bassin, en raison du volume de la masse, on la ponctionne; il en sort des gaz, puis un liquide dense, noirâtre à odeur infecte dont l'origine est de toute évidence intestinale.

On se rend compte alors qu'il s'agit d'une torsion complète du caecum qui a basculé de droite à gauche grâce à une longueur anormale de son méso et qui prenant pour axe de rotation une bride péritonéale tendue entre le fond du caecum, une anse grêle et la paroi abdominale postérieure a subi un nouveau mouvement de rotation de 360° dans le sens des aiguilles d'une montre.

Après libération de la bride de détorsion de l'anse, on extériorise complètement toute la portion sphacélée.

En raison du mauvais état général de la malade, de l'étendue des lésions du sphacèle, on laisse dehors la portion extériorisée et on place un tube de Paul comme voie de dérivation.

Pendant les deux premiers jours qui ont suivi l'intervention, le tube a bien fonctionné, l'intestin s'est vidé, les vomissements ont cessé, la fièvre qui était à 38°6 à l'entrée est tombée à 37° et brusquement le troisième jour au soir le ventre s'est ballonné, les vomissements ont repris et malgré toute thérapeutique la malade est décédée dans la nuit suivante. Il ne nous a pas été possible de procéder à la vérification.

OBSERVATION VI

HOLUBEC

(In : *Zentralblatt für Chirurgie*, tome 63 n° 3, 18 Janvier 1936, p. 147-149, 1 fig.)

Homme de 40 ans, ayant présenté à diverses reprises des crises douloureuses abdominales passagères.

Pris brusquement de violentes coliques dans la partie droite du bas ventre et à l'épigastre; arrêt des matières et des gaz depuis quatre heures; quelques vomissements verdâtres. Etat général grave: collapsus, pâleur cyanotique, respiration superficielle: pouls à 140.

Ventre météorisé; l'hypocondre gauche est fortement saillant, tendu, très douloureux, tympanique à la percussion, pas de péristaltisme. On fait le diagnostic de volvulus.

Radiographie en position debout sans préparation: dans l'hypocondre gauche le caecum volvulé, distendu, avec des éraillures de la séreuse (torsion de 270°). Après détorsion et ponction du caecum, comme celui-ci reste dilaté et qu'il y a un début de gangrène à l'origine ascendant, on fait une *résection* portant sur 28 cm. de caecum et de colon droit et 6 cm. d'iléon; fermeture des deux bouts et iléo-transversostomie. *Guérison.*

OBSERVATION VII

M. LOUBAT

(In : *Bordeaux Chirurgical*, n° 3 — Juin 1935.)

L'observation que nous rapportons concerne un cas de volvulus chronique du caecum et du côlon ascendant — selon leur axe vertical — qui reconnaît l'étiologie habituelle d'une telle affection, la mobilité anormale du caecum, mais où des adhérences consécutives à une appendicectomie antérieure ont joué un rôle aggravant certain. Observation. M^{lle} D. 47 ans, durant toute sa vie a eu une santé délicate. Douée d'un faible appétit, souvent constipée, elle a toujours été maigre, au teint jaunâtre, et incapable d'une activité physique normale. Elle accusait des troubles dyspeptiques vagues, sans jamais éprouver cependant de véritables douleurs abdominales.

A l'âge de 39 ans, elle présente une crise appendiculaire légère, mais nette, à la suite de laquelle nous pratiquons l'appendicectomie, espérant ainsi, par l'ablation de cet organe peut être chroniquement enflammé, amener une amélioration de son état digestif.

Au cours de l'opération faite par l'incision de Jalagier, nous constatons que tout le côlon droit est parfaitement mobile par défaut d'accolement du méso-côlon ascendant primitif. Le méso anormal caecocolique ainsi constitué permet d'attirer tout le côlon droit en dehors, aussi aisément qu'une anse grêle. Malgré tout nous ne faisons aucune fixation, espérant que la seule ablation de l'appendice, manifestement enflammé, suffirait à ramener un bon fonctionnement du tube digestif.

En vérité, cette intervention aux suites très simples amène une amélioration nette de l'état général par la régularisation des selles et par l'accroissement de l'appétit, si bien que la malade augmente de poids jusqu'à 52 kilos, chiffre jamais atteint jusque-là.

Cet état de bonne santé persista pendant trois ans, puis il fut interrompu brusquement par une crise douloureuse vive siégeant dans le côté droit du ventre et qui persista quelques heures, sans amener ni vomissements ni diarrhée mais après laquelle la tendance à la constipation reparut.

Au bout de cinq à six mois, nouvelle crise douloureuse analogue à la première et, depuis ce moment trois ou quatre fois par an, apparition de crises semblables, tendant à se rapprocher si bien qu'elle en a eu six pendant les mois de novembre et décembre 1934, et deux dernières particulièrement longues et graves.

Toutes les crises ont à peu près les mêmes caractéristiques, apparition presque subite de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, procédant par paroxysmes, avec distension nette de la

paroi abdominale droite, comme soulevée par une tumeur. La malade perçoit des bruits hydro-aériques, des gargouillements puis, au bout d'un temps parfois fort long elle sent filtrer les gaz vers le côté gauche de l'abdomen et vers l'anus, aussitôt la douleur diminue, pour cesser bientôt pendant que le ballonnement disparaît. Pas de vomissements ni de nausées pendant la crise. En somme syndrome de Koernig.

Dans l'intervalle des crises, la malade restait fatiguée, déprimée, l'appétit diminuait peu à peu, pour aboutir vers la fin à l'anorexie totale. La constipation s'aggravait si bien qu'elle serait restée quatre ou cinq jours sans aller à la selle si elle n'avait eu recours à quelques lavements ou laxatifs.

La perte des forces, l'amaigrissement de plus en plus marqué (la malade ne pesait plus que 31 kilos), l'altération du teint qui devenait jaunâtre, faisait presque penser à une cachexie néoplasique. Mais la palpation, dans l'intervalle des crises, ne décelait pas de véritable tumeur dans l'abdomen, dans le flanc droit, le gros intestin paraissait simplement distendu et gargouillant.

L'existence de crises de sub-occlusion avec distension caecale permettait de porter le diagnostic probable de volvulus du caecum explicable par le défaut d'accrolement des mésos constaté au cours de la première intervention.

L'examen radiologique pratiqué le 4 Janvier 1935 par le professeur Rechou permet de constater, en plus d'un dolichocôlon gauche, une stase prolongée de la gélobarine dans les dernières anses grêles, dans le bassin, une distension gazeuse du caecum et du côlon ascendant et enfin un arrêt du lavement baryté dans la partie droite du transverse, en somme une distension du caecocôlon ascendant entre deux sténoses sus et sous-jacentes. L'intervention s'imposait.

Opération (8 Janvier 1935). Anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane. On trouve les lésions caractéristiques d'un volvulus du caecum et du côlon ascendant autour de leur axe vertical et de droite à gauche, de telle sorte que la face postérieure de l'intestin, en se rabattant vers la ligne médiane est devenue antérieure ou plutôt interne, décrivant ainsi les trois quarts d'un tour complet de rotation. Dans ce mouvement la fin du grêle est entraînée en arrière du caecum, autour duquel il s'enroule, pendant que la partie initiale du caecum subit une torsion de haut en bas qui étrangle sa lumière. La torsion du côlon droit s'est d'ailleurs effectuée autour d'une corde épiploïque du volume du doigt, tendue entre le commencement du transverse et la partie profonde de l'ancienne cicatrice d'appendicectomie, à

laquelle elle adhère. L'inflammation chronique a fait adhérer intimement l'intestin à cette corde épiploïque, si bien que la rotation en volvulus est fixée et ne peut être corrigée. La fin du grêle s'y engage, le caecum vient se souder et s'étrangler sous cette corde épiploïque, à 10 cm. environ de son abouchement dans le caecum ce qui explique la stase prolongée dans les dernières anses grêles.

Il ne pouvait être question ici de réduction, suivie de fixation. Toute la partie malade est enlevée en bloc, on fait l'hémi-colectomie droite en sectionnant en anse saine et souple l'intestin grêle, à 25 cm. environ de l'abouchement iléo-caecal, le côlon transverse à 20 centimètres environ de l'angle hépatique. Fermeture du bout du transverse à trois plans et abouchement termino-latéral du grêle au niveau d'une bandelette du transverse, aussi près que possible de sa nouvelle extrémité.

Les suites opératoires ont été d'une simplicité extrême. Malgré l'état de cachexie de la malade, elle n'est nullement shokée par cette importante intervention. Les gaz sont émis dès le deuxième jour, et l'alimentation peut être progressivement reprise.

A cause de la faiblesse, le lever est retardé jusqu'au quatorzième jour, et la malade peut quitter bientôt la maison de santé, avec un appétit augmentant chaque jour, une sensation de bien-être progressif et un appétit sans cesse accru. Pendant les douze derniers jours elle a repris 1200 grammes, depuis elle continue à augmenter de 100 grammes par jour environ.

La digestion est indolore, l'estomac, atone au début, digère parfaitement des repas beaucoup plus copieux que ceux absorbés au cours de la dernière année de maladie. La constipation a disparu, il y a par jour une à deux selles spontanées un peu molles. Bref la malade paraît avoir une guérison de très bonne qualité.

OBSERVATION VIII

M. C. VERGEZ, G. DIÉNOT, G. COHEN-SOLAL

(In : *Algérie Médicale*, Juin 1935 n° 90.)

M^{me} D... âgée de 44 ans, est prise brusquement le 30 Décembre 1934, à 4 heures du matin, d'une très violente douleur abdominale.

Cette malade qui n'a aucun antécédent pathologique, ressent une douleur vive généralisée à tout le ventre, mais avec un maximum d'acuité à l'hypogastre au niveau de la vessie. A l'examen son faciès est pâle, couvert de sueurs froides, l'abdomen uniformément douloureux, est tendu dans son ensemble, donnant à la palpation une sensation de résistance plus marquée à gauche sous l'estomac. Il n'y a pas de vomissements, une selle spontanée et

normale se produit, la température est à 37°5, le pouls est bon régulier et bien frappé.

La malade est alors mise au repos, avec diète absolue et compresse chaude sur le ventre. Mais les douleurs persistent toute la journée, l'état général s'altère, pas de vomissements, l'arrêt des matières et des gaz est complet.

Nous revoyons la malade à 7 heures du soir, le tableau est complètement changé. Le faciès est péritonéal, le visage pâle, terreux, couvert de sueurs visqueuses. Le nez pincé, les yeux cernés, la langue est sèche, la voix faible cassée. Une dyspnée très importante fatigue la malade qui se plaint de douleurs abdominales généralisées sans qu'on puisse nettement en préciser le maximum par la palpation. La température est à 39°5, le pouls petit, rapide et irrégulier.

A l'examen, le ventre uniformément contractué est de bois. La percussion montre une sonorité généralisée avec une légère bande de matité dans les flancs. Le toucher vaginal n'est pas douloureux et ne montre rien de particulier.

L'indication opératoire est formelle c'est un ventre à ouvrir.

Nous intervenons immédiatement avec le diagnostiic de péritonite généralisée d'origine appendiculaire ou salpingienne, à cause de cette douleur basse, bien que la malade n'ait jamais eu de passé génital.

Intervention sous anesthésie générale à l'éther.

Incision médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine il s'écoule du séro-pus en quantité assez abondante, répandu dans tout l'abdomen et surtout dans le cul de sac de Douglas ou il est plus épais, presque franchement purulent.

On explore la cavité sous-ombilicale mais on ne trouve pas le caecum ni l'appendice, la fosse iliaque droite est vide. Tout le bas-ventre est rempli d'anses intestinales rouges et dilatées avec çà et là quelques fausses membranes. Il n'y a pas de tumeur génitale.

L'incision est prolongée vers le haut. On trouve alors dans la région épigastrique une tumeur énorme, comme un gros poing, noirâtre, étendue transversalement au contact de la partie basse de l'estomac. On l'extériorise et on reconnaît le caecum et le côlon ascendant tendus, dilatés, répondant une odeur fécaloïde. Ils constituent une grosse masse intestinale étranglée au niveau de l'angle colique droit par une torsion au niveau de laquelle s'entoure l'iléon.

On barre immédiatement tout l'abdomen à l'aide de grandes compresses abdominales et on pratique des tentatives de détorsion.

On s'aperçoit alors que le caecum et le côlon ascendant ont tourné de 180° d'arrière en avant autour de l'axe vertical du caecum en même temps que l'iléon s'est enroulé autour de l'angle colique droit. Puis toute la masse s'est portée en haut et à gauche tournant de 90° autour de la charnière que forme la ligne d'insertion des mésent. Quelques adhérences très solides qu'on doit du reste sectionner aux ciseaux pour libérer la partie étranglée, fixant l'angle colique droit à la paroi postérieure.

La détorsion terminée, on résèque le côlon au niveau de son angle droit, une pince de Kocher est laissée sur le bout distal qui est amarré à la peau. On fait la résection iléale à 25 cm. environ du caecum, niveau auquel le mésentère terminait son attache pariétale. De ce point en effet, jusqu'au caecum, et du caecum à l'angle colique droit, il n'existait ni mésentère, ni mésocolon, du moins ces derniers étaient représentés par une bande marginale droite tendue le long du bord interne de l'iléon et du côlon, laissant ainsi toute cette portion intestinale libre autour d'un axe oblique en bas et à gauche. Ainsi donc comme on peut le voir sur la pièce, toute la partie terminale du mésentère constituait un arc à concavité postérieure : disposition anatomique qui a permis cette torsion du caecum ascendant.

L'intervention est terminée par fixation de l'angle colique droit à la peau; la pince de Kocher n'a été enlevée qu'au 5^e jour. L'iléon sectionné est fixé à l'extérieur sur un tube de Paul. On place deux compresses dans ce cul-de-sac de Douglas. La paroi est fermée en un seul plan. *Les suites opératoires* ont été très simples.

Actuellement, 27 jours après l'intervention, la malade a repris une alimentation normale, son état général est parfait.

Au niveau de la plaie, en partie cicatrisée, on voit les deux bouts intestinaux sectionnés et fixés côte à côte sur la ligne médiane au niveau de la région épigastrique. La bouche iléale fonctionne très régulièrement.

OBSERVATION IX

N. STROESCU (TURNÉ SÉVERIN)

(In : *Miscarea medicala Romana*, tome 7, n° 7-8, 1934 p. 699-705).

Il s'agit d'un soldat, opéré d'une hernie inguinale droite scrotale congénitale, qui ne contenait que de l'intestin grêle. Vingt-cinq jours plus tard étant en permission, après un effort sans importance, il est pris subitement de violentes douleurs abdominales sous forme de coliques intermittentes, bientôt compliquées de vomissements abondants.

Le lendemain, à l'hôpital, les douleurs sont atroces; pouls 110; faciès péritonéal; vomissements incessants : arrêts des matières et des gaz depuis le début.

Examen : Abdomen asymétrique avec ballonnement sus-ombilical, se prolongeant vers la fosse iliaque droite qui est douloureuse et clapotante. La palpation réveille des douleurs atroces et des mouvements péristaltiques intenses allant de l'hypocondre gauche à la fosse iliaque gauche et de là vers la région caecale.

Intervention : anses grêles dilatées. Dans la fosse iliaque droite, une anse distendue, énorme, à parois très amincies, c'est le caecum qui se présente par sa face postérieure et qui se dirige en haut et à gauche : son fond se trouve très haut sous le foie avec l'anse terminale de l'iléon qui suit son bord interne. Il est basculé autour d'un axe transversal correspondant au milieu du côlon ascendant. Remise en place du caecum qui amène une abondante évacuation des matières par l'anus. Appendicectomie et tychloplexie par suture de la bandelette longitudinale antérieure à la paroi abdominale.

OBSERVATION X

SAUVÉ ET LEJEUNE

(In : *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, n° 21 du 23 Juin 1934, séance du 13 Juin 1934.)

Femme de 23 ans, entrée le 8 Novembre 1933 avec état de subocclusion fébrile datant du 2 Novembre et évoluant par intermittences depuis cette date.

A l'examen une voussure située dans la région ombilicale et dans la fosse iliaque gauche, tranchant sur le ballonnement moyen du ventre, douloureuse à la pression, sonore à la percussion. Cette masse est également sentie par le toucher vaginal et on peut la mobiliser sur l'utérus partiellement.

Comme antécédents : simplement constipation chronique et invétérée obligeant à prendre presque continuellement des laxatifs.

Diagnostic avant l'opération : pyosalpinx gauche communiquant partiellement avec l'intestin et contenant des gaz.

Opération séance tenante le 6 Novembre.

Une anse sort tellement distendue qu'elle a l'aspect d'un kyste de l'ovaire à pédicule tordu. On l'extériorise sur des champs. Elle est constituée par le caecum et la moitié du côlon ascendant, tordus sur leur méso à 360°. La torsion s'est faite autour d'une bride

partant de la bandelette précolique droite et aboutissant à la fosse iliaque droite.

Section de la bride. Détorsion du caecocolon. Caecopexie.

Suites normales. — Un examen radiologique, fait récemment, montre un transit iléocaecocolique normal et l'intestin fonctionne du reste à peu près régulièrement.

OBSERVATION XI

SAUVÉ ET LEJEUNE

(In : *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, n° 21 du 23 Juin, 1934, séance du 13 Juin 1934.)

Femme de quarante-sept ans. Entre le 2 décembre 1933 pour syndrome abdominal douloureux prédominant à droite.

Les douleurs procèdent par crises intermittentes durant quelques demi-heures.

La fosse iliaque est résistante et douloureuse. Cette femme a subi déjà deux opérations : d'abord une appendicectomie, ensuite une hystérectomie pour salpingite. Touchers rectal et vaginal normaux.

L'interrogatoire révèle que ce syndrome douloureux, avec arrêt partiel des gaz et constipation chronique, existait déjà avant la première opération. La température est à 38°2.

Opération. Laparotomie droite. Volvulus intestinal comprenant le caecum, la moitié inférieure du côlon ascendant et l'origine de l'iléon, tordus à 300° et engagés comme dans une hernie interne dans une bride allant de la bandelette précolique ascendante, (partie moyenne) étranglant la terminaison de l'iléon et se terminant sur les parois pelviennes droites.

Section de la bride, détorsion du volvulus. Caeco et colopexies droites.

Suites normales. Dès le lendemain, plusieurs selles abondantes et diarrhéiques.

Au moment de sortir le vingtième jour, scarlatine typique pour laquelle elle est envoyée à Claude-Bernard.

Quatre mois après l'opération, l'examen radioscopique montre un transit iléocaecocolique normal et non douloureux.

OBSERVATION XII

MONDOR

(In : *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*,
n° 21 du 23 Juin 1934, séance du 13 Juin 1934.)

Nous n'avons, sans doute, que des notions très insuffisantes sur la fréquence des diverses occlusions. En particulier, les volvulus de l'intestin sont certainement plus communs que l'indiquent les statistiques utilisables. Lorsque le traitement de l'occlusion intestinale aiguë, ne sera plus trop souvent limité au seul souci de drainage, mais sera, comme de la péritonite aiguë, élargi jusqu'au traitement actif de la cause, les observations de volvulus du caecum seront assez nombreuses et l'on n'en sera plus à quelques douzaines de cas.

J'en ai vu un exemple, il y a quelques semaines. Contrairement à ce qui est ordinairement dit et qui, d'ailleurs, surprend, il ne s'agissait pas d'un homme jeune, mais d'une femme âgée. Dans son histoire, que des crises antérieures nettes, et au début de l'attaque pas de détente. Manquaient donc deux des éléments d'un trépied symptomatique proposé par Faltin, trépied dont M. Lenormant a déjà montré ici, l'instabilité. Plutôt que dans des notions étiologiques, c'est dans l'aspect du ventre qu'il m'eut mieux valu chercher les raisons d'un bon diagnostic. Là où le caecum n'était plus il y avait une relative vacuité; là où il était, le ballon était particulièrement saillant, faisant penser, par sa forme et son siège, à un estomac dilaté et très distendu.

La radiographie, si l'état présumé l'autorise, est d'un secours décisif. Les caractères distinctifs ont été bien précisés, dans le service de M. Duval, par Porcher : le fond cæcal n'est pas au point déclive normal; les incisures transversales sont devenues plus obliques, enfin, les contours de l'anse déclive présentent, sur l'une de ses faces, une netteté rectiligne là où est, sans doute, la charnière de torsion ou de flexion. J'ai pu vérifier la valeur de ces signes chez la malade à laquelle j'ai fait allusion.

Chez la femme, une erreur facile est de croire dans le bassin la cause de l'occlusion; peut-être parce que le ballon cæcal coiffe et immobilise l'utérus, c'est cette erreur que Sauvé a rapportée. C'est elle, qui est, je crois signalée chez une malade de M. Arrou dans la thèse de Pen ther.

Le cas que j'ai vu était d'une occlusion aiguë prolongée; mais il n'en est pas toujours ainsi. Le jour même où je voyais cette malade, mon ami Lauret voulait bien m'apporter le récit d'une forme suraiguë, comme j'en ai déjà recueilli, il y a quatre ans

des exemples : un volvulus du caecum avait compliqué une hystérectomie abdominale et avait en vingt-quatre heures gangréné l'intestin.

OBSERVATION XIII

ROUX BERGEN

(In : *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, n° 21 du 25 Juin 1934, séance du 13 Juin 1934.)

Les descriptions de volvulus du côlon sigmoïde et de l'intestin grêle sont précises, elles ne prêtent à aucune confusion. Il n'en est pas de même en ce qui concerne le caecum. Si l'on se rapporte à la plupart des descriptions, on constate qu'on mêle dans un même chapitre, des torsions sur un axe vertical entraînant l'iléon et représentant le volvulus vrai, et les plicatures du caecum sur un axe transversal, le caecum se redressant, son fond regardant en haut. Cette disposition, qu'au caecum on appelle souvent volvulus, serait désignée sur toute autre portion de l'intestin sous le nom de plicatures, vices de position, etc... Mais certainement pas de volvulus.

J'ai observé une jeune femme opérée antérieurement de fibrôme et qui présentait ce que certains appellent « volvulus » du caecum. Elle souffrait, depuis des années, d'accidents douloureux avec paroxysmes, dans tout le côté droit de l'abdomen, avait été soignée pour cholécystite, avait fait des saisons à Vichy.

Le diagnostic fut établi par le Dr Jacques Dalsace à qui j'avais confié la malade, et essentiellement sur l'étude radiologique.

Je trouvai un côlon ascendant non accolé, une plicature sur un axe transversal, le caecum se plaçant devant l'ascendant, fond regardant en haut. De nombreuses adhérences caeco-coliques et épiploïques fixaient cette disposition. L'iléon était fixé au péritoine postérieur par deux brides du type de la bride de Lane déformant en W cette partie de l'intestin. Les brides et adhérences furent libérées, les surfaces péritonisées, l'appendice enlevé. Aucune pexie.

La malade a été considérablement améliorée.

En ce qui concerne la fréquence et le rôle de brides dans le volvulus, j'ignore ce qu'il en est au niveau de caecum, mais je suis certain qu'elles n'existent pas toujours sur l'S iliaque et ne sont pas nécessaires à la production du volvulus de cette partie de l'intestin. Dans les deux derniers cas que j'ai opérés, il n'y avait aucune bride.

OBSERVATION XIV

BARBILIAN (DE JASSY)

(In : *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, n° 20, Séance du 6 Juin 1934.)

M. Barbilian est appelé le 16 août 1933, à 11 heures du matin à l'Hôpital militaire de Jassy, près d'un jeune soldat de ving-et-un ans, envoyé avec le diagnostic d'appendicite grave.

Le début des accidents remonte à sept jours. Il avait pris à midi ce jour-là un repas peu copieux (soupe, un plat, deux poires). Deux heures après ce repas, il alla à la selle trois fois à peu d'intervalle, et rendit chaque fois peu de matières et molles. Dès la troisième selle, il ressentit une douleur poignante dans la fosse iliaque droite, qui ne tarda pas à se généraliser à tout l'abdomen. En même temps vomissements et hoquet. Depuis arrêt absolu des matières et des gaz. Le premier médecin qui le vit crut à une appendicite et lui fit mettre de la glace sur le ventre sans aucune amélioration.

Dans les antécédents pas de crise colique antérieure, même très légère. On apprend seulement que le malade s'est beaucoup fatigué à préparer son bagage pour partir en congé dans la journée qui a précédé le déclenchement de son mal.

En examinant son malade M. Barbilian n'eut nullement l'impression d'une appendicite, mais d'une occlusion intestinale : ventre ballonné sans excès, avec une légère voussure dans la fosse iliaque droite. Dans la partie haute et gauche du ventre, ondulations péristaltiques discrètes, anses grêles se dessinant sous la peau; pas de contracture de la paroi. Au niveau de la voussure, sensation de rénitence amollie. Sonorité tympanique partout; pas de matité dans les régions déclives. Tout l'abdomen est sensible avec prédominance à droite. Température 37°. Pouls 100.

On pose le diagnostic d'occlusion intestinale par bride, celle-ci pouvant être une bride péritoneale, ou l'appendice, ou le diverticule omphalomésentérique, et on décide d'intervenir immédiatement.

Opération à 14 heures à la rachianesthésie (novocaïne 0 gr. 08). Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Dès l'ouverture du ventre, des anses congestionnées font issue hors de l'abdomen. On explore l'abdomen avec la main et c'est dans la fosse iliaque qu'on trouve la cause de l'occlusion sans pouvoir tout de suite en préciser la nature. Le côlon est vide, sauf le caecum qui est énormément distendu, gros comme une

tête de nouveau-né, plein de liquide et de gaz, avec ses parois atones, mais la séreuse intacte, non déchirée. Au-dessus du caecum traversé par la dernière anse iléale distendue, le côlon ascendant est affaissé. Ne pouvant saisir la nature de l'obstacle, on décide d'extérioriser le caecum et on insinue la main derrière lui, mais on ressent une résistance qui le maintient accolé à la paroi postérieure. Cette résistance cède cependant assez facilement et on peut enfin attirer le caecum hors du ventre. On voit alors qu'il est tordu sur son axe de gauche à droite de 180° avec un méso assez long, et que ce qui s'opposait à son extériorisation c'est l'appendice, long de 10 centimètres et qui était fixé vers le promontoire par ses deux tiers apicaux. Cet appendice n'a conservé que dans son tiers basal l'aspect normal, ses deux tiers distaux sont sphacéliques, de teinte feuille morte.

Détorsion du caecum, excision de l'appendice.

Pendant ce temps le contenu caecal est passé dans le reste du côlon et le malade commence à avoir des émissions alvines. On renonce alors à la fistulisation caecale qui avait été envisagée au début.

Il n'y a pas de liquide dans le ventre, seulement quelques fausses membranes disséminées dans le petit bassin. Par prudence, un drain de caoutchouc et deux mèches de gaze dans le Douglas de la partie inférieure de l'incision et on ferme l'abdomen en un seul plan au crin.

A cause de l'état du caecum, aucune fixation ne peut être tentée et cette question est renvoyée à plus tard.

L'appendice réséqué présente deux portions bien distinctes : sa base simplement congestionnée et sa pointe, comprenant les deux tiers de l'organe, de teinte feuille morte et contenant du sang altéré.

Suites opératoires simples. Le malade rend des gaz et des matières pendant et après la fermeture du ventre, pendant trois quarts d'heure. On lui administre des toni-cardiaques, du sérum glucosé physiologique et du sérum chloruré sodique hypertonique à 20 p. 100, à raison de 10 cent. cubes deux fois par jour pendant deux jours. Drain enlevé le troisième jour, mèches le cinquième jour. Une selle le quatrième jour, sans purge. Guérison.

OBSERVATION XV

M, AIGROT

(In : *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, n° 14 du 2 Mai 1931, séance du 22 avril).

Nous envisageons d'abord les deux cas de volvulus du caecum : Dans l'un, il s'agissait d'un malade âgé de quarante-trois ans

chez qui le début des accidents a consisté en une douleur brusque dans la fosse iliaque droite, douleur bientôt suivie de vomissements avec absence d'émission de gaz par l'anus.

Après vingt-quatre heures il y a de la défense musculaire pariétale, une température à 38°5 et un pouls à 140 qui font penser à une appendicite perforante.

L'intervention est pratiquée le 23 Juin 1926 sous anesthésie générale à l'éther vingt-quatre heures après le début des douleurs abdominales.

La contracture de la paroi abdominale constatée avant l'opération cède sous l'anesthésie et il devient possible de sentir, à droite de l'ombilic, une masse du volume d'une tête de fœtus à terme.

Une incision médiane de laparotomie laisse échapper un liquide roussâtre et sale et on peut voir une masse noirâtre sur laquelle se dessinent des plaques verdâtres de sphacèle intestinal.

A ce moment une partie du liquide épanché dans le péritoine est aspirée et on peut constater que la masse noirâtre aperçue à l'ouverture du péritoine est formée par le caecum et le côlon ascendant soutenus par un méso très long et tordu.

Il y a là un segment intestinal en volvulus. On l'extériorise, on le résèque et on fait une anastomose latéro-latérale entre l'iléon terminal et le côlon transverse pour terminer par un drainage établi par des mèches.

Suites opératoires :

Quarante-huit heures après l'opération le malade a rendu des gaz par l'anus et la guérison paraît en bonne voie.

Les mèches de drainage sont enlevées après huit jours et, quatre semaines après l'opération, il persiste seulement un peu de fréquence des selles. Elle ne tardera pas à disparaître.

OBSERVATION XVI

M. AIGROT

(In : *Bulletins et mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, n° 14 du 2 Mai 1931, séance du 22 avril 1931.)

Dans la deuxième observation de M. Aigrot le malade est âgé de vingt-trois ans et depuis trois jours il a de violentes douleurs abdominales, avec arrêt des matières et des gaz et un péristaltisme intestinal anormal.

La température est de 38°1, le pouls à 140 et par la palpation du ventre on sent à droite une masse volumineuse qui fait penser à un obstacle siégeant sur le caecum et le côlon ascendant.

M. Aigrot intervient sous anesthésie générale le 8 Août 1926. Il fait une laparotomie médiane et il voit que la masse, qu'il avait aperçue par le palper, est constituée par le caecum et le côlon ascendant. Dans son ensemble, elle a la forme d'une bouteille dont le goulet est tourné vers la droite et présente comme un « pas de vis » qui traduit la torsion d'une anse intestinale suivant son axe.

Aussi la détorsion s'opère-t-elle en faisant tourner la bouteille en sens inverse du pas de vis.

Quand elle est achevée, l'état anatomique de l'anse intestinale permettant de la conserver, M. Aigrot fixe le caecum à la paroi de la fosse iliaque et, quand la caecopexie est faite, il fistulise le caecum dans le flanc droit, après avoir fermé l'incision de la laparotomie médiane.

Suites : Quarante-huit heures après l'intervention, le malade a une selle, et dès ce moment-là, les fonctions intestinales se trouvent rétablies.

Au douzième jour, l'orifice de fistulisation du caecum est fermé par une suture en bourse et bientôt la guérison est complète.

OBSERVATION XVII

M. CH. MOREAU

(In : *Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, Tome XXII n° 13, 1930, Séance du 17 Octobre pp. 583-588.)

Il s'agit d'une femme de 65 ans depuis trois jours en état d'occlusion intestinale complète. Cette occlusion s'est insidieusement greffée sur un état d'obstruction chronique existant depuis plusieurs années et prenant de temps à autre l'allure d'une véritable occlusion, occlusion qui jusqu'ici s'était toujours levée au bout de 12 à 24 heures.

Lorsque la malade arrive à sa clinique, le Dr Moreau constate outre cette occlusion, un assez mauvais état général de la malade : faciès tiré, pouls petit à 120, algidité des extrémités. Jadis cette malade a présenté des symptômes de péritonite à la suite d'un accouchement. De ce fait et de la forme qu'affecte le ballonnement de l'abdomen, notre confrère croit pouvoir conclure à un *étrangement par bride siégeant sur la partie terminale du grêle*. C'est sur ce diagnostic qu'il intervient le 21 Novembre 1929. Ici je lui laisse la parole :

Laparotomie sous-ombilicale. A peine le péritoine est-il incisé qu'une énorme anse intestinale, distendue et noirâtre, fait issue hors du ventre. Je m'aperçois de suite qu'il s'agit du caecum gros

comme une tête d'enfant. En dehors de lui les anses grêles sont aplaties et les côlons sont vides. En y regardant de plus près, on voit qu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus du point où le caecum se continue avec le côlon ascendant, des brides fibreuses, d'aspect inflammatoire appliquent le côlon contre la paroi postérieure. Il existe là une sorte de sillon qui paraît au premier abord un simple sillon d'étranglement; mais en cherchant la terminaison du grêle, on se rend compte que celui-ci passe sous le caecum et se termine au dehors. Ce que l'on a sous les yeux c'est en réalité la face postérieure du caecum qui s'est tordu d'un demi-tour suivant son axe longitudinal et dans les sens des aiguilles d'une montre, entraînant avec lui la terminaison du grêle et cela d'autant plus facilement que le méso iléo-caecal est libre de tout accolement. Le grêle est simplement entraîné et ne participe pas à la torsion. Il suffit de détordre le caecum pour voir quelques gaz passer dans le côlon vide. On constate alors, sur la face antérieure du segment intestinal distendu, deux larges plaques de sphacèle et, plutôt que de tenter une résection iléo-caecale que la malade ne supporterait certainement pas, on se borne à une extériorisation. Celle-ci est assez facilement pratiquée, après avoir libéré le côlon ascendant de ses adhérences et avoir fixé par quelques points l'angle iléo-caecal et l'origine du côlon aux bords de l'incision abdominale rétrécie. Toutes les portions intestinales suspectes, collet compris, se trouvent ainsi extériorisées et le caecum est ponctionné au trocart pour le vider des gaz et des liquides qu'il contient.

Le lendemain les plaques sphacélées sont détruites au thermocautère et, six jours après, la masse intestinale extériorisée est réséquée. Peu à peu la malade se rétablit gardant bien entendu, *un large anus sur le grêle*.

L'état général s'étant fortement amélioré, la cure de cet anus fut pratiquée le 31 Janvier 1930 après désinfection des téguments.

Les suites furent simples, sauf l'apparition d'une phlébite du membre inférieur gauche survenue au dixième jour. Actuellement du fait de l'intervention l'intestin fonctionne régulièrement et cette femme est en parfaite santé.

OBSERVATION XVIII

M. RAYMOND BONNEAU

(In : *Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*.
Séance du 17 Octobre 1930.)

Il y a plusieurs années un architecte d'une trentaine d'années après avoir fait un bon déjeuner à Senlis, monte dans le rapide

pour Paris et, une demi-heure plus tard, il est terrassé par une violente douleur abdominale. On s'empresse, on l'étend, et à l'arrivée à Paris il semble sur le point de mourir. Son médecin, le Dr Grilliat, appelé en hâte, lui injecte de la morphine et le fait transporter à la maison de santé de la rue Oudinot où je le vois, vers 7 h. $\frac{1}{2}$ du soir. Il présente les signes de l'inondation intrapéritonéale suraiguë : pâleur de cire, extrémités refroidies, pouls incomptable, sueurs profuses, pupilles dilatées. L'abdomen de cet homme obèse est considérable; mais à travers ce météorisme, il semble que ce soit le flanc droit qui soit le plus tendu, le plus douloureux. *Je pense à un trouble mécanique gravé, peut-être à une rupture d'un gros vaisseau mésentérique ou mésocolique droit.*

Large laparotomie.

Le caecum s'est tordu, plié sur un méso particulièrement allongé de telle façon que sa convexité inféro-externe s'est rabattue vers l'ombilic. Ce caecum est violacé, de couleur aubergine; il est énorme. Sans trop de difficultés, grâce à l'étendue de mon incision, je puis doucement le ramener en bas et en dehors de sa position normale. Ce faisant je constate que le côlon ascendant et que le grêle se trouvaient aplatis par le caecum et nullement distendus. Aussitôt les gaz et les liquides passent bruyamment dans le colon ascendant; le caecum reprend une coloration satisfaisante et un volume régulier.

J'enlève rapidement l'appendice et je fixe le moignon par son catgut de ligature dans la partie la plus externe de l'incision. Un petit drain de sûreté. *Guérison sans incidents.*

J'ai revu pendant deux à trois ans mon opéré. Il n'éprouvait aucun phénomène pathologique pas plus du reste qu'il n'en avait éprouvé avant son volvulus.

OBSERVATION XIX

DANIEL FEREY

(In : *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, n° 21, 26 Juin 1930, séance du 18 Juin 1930, pages 830-833.)

Il s'agit d'un officier d'état-major âgé de 39 ans, très sportif, très actif, et qui n'avait jamais été malade jusqu'en 1926. Une seule chose à noter, une constipation opiniâtre. Au mois de septembre 1926, il est pris un jour brusquement pour la première fois d'une violente douleur située dans le bas-ventre, sur la ligne médiane. Cette douleur est très vive, elle dure quelques secondes, cesse, puis reprend. Il y a quelques moments d'accalmie, dans la journée,

mais la douleur reparait, le ventre se ballonne, le malade vomit, ce sont d'abord des vomissements alimentaires, puis des efforts extrêmement pénibles pour vomir, ces vomissements à sec l'épuisent, et il prend un peu de thé ou de tilleul pour avoir quelque chose à rejeter. Il reste ainsi pendant quatre ou cinq jours sans aller à la selle, sans avoir de gaz.

Plusieurs fois par jour, on lui administre des lavements de toutes sortes bien entendu sans effet. Brusquement dans la nuit du quatrième au cinquième jour, les douleurs cessent, et, après un lavement d'eau d'un litre et demi environ, il fait une évacuation abondante de selles liquides et tout rentre dans l'ordre.

De septembre 1926 à avril 1927, aucune crise douloureuse il ressent seulement une certaine gêne, une pesanteur dans le bas-ventre surtout du côté droit.

En avril 1927, il passe quelques jours à Rennes, et va consulter un médecin, car cette pesanteur l'inquiète, d'autant plus qu'il a l'impression que sa fosse iliaque droite est plus distendue que la gauche et qu'avec la main, il déprime une sorte de tumeur qu'il soulève également comme une boule, un petit ballon légèrement tendu, qui se trouverait dans son ventre du côté droit.

Le médecin consulté ne pose pas de diagnostic. A la fin de sa permission à Rennes, vers le milieu d'avril, le malade prend le train de 22 heures pour Paris, il se couche dans le train, ayant chaud, il s'endort, à 4 heures du matin il est réveillé par le froid. Il commence à ressentir quelques coliques dans le ventre, il se rend cependant à la gare du Nord à 7 heures et, sur le quai de la gare, il est pris à nouveau de coliques abdominales. Dans le train, les douleurs deviennent de plus en plus vives, il est pris de vomissements, le ventre se ballonne, et me dit-il « Je voyais mes intestins s'enfler et lutter dans mon ventre sous la paroi abdominale ». Il est tellement malade, qu'à Amiens il demande qu'on le transporte dans une chambre d'hôtel. Il est vu là par un médecin qui lui fait une piqûre de morphine qui le soulage. Il reste allongé jusqu'à 16 heures, à ce moment les douleurs disparaissent presque complètement, il émet quelques gaz et, se sentant mieux, il reprend son train pour arriver à Lille vers 18 heures.

Dans la nuit il est repris des mêmes douleurs spasmodiques, il vomit, il constate à nouveau l'arrêt complet des gaz, il prend plusieurs lavements huileux dans les jours qui suivent, et vers le troisième ou quatrième jour, les douleurs cessent, il présente une débâcle diarrhéique, qui termine la crise.

Il rejoint à Metz son régiment, là, les médecins consultés lui ordonnent un régime sévère. Une radiographie est faite à Metz et ne montre rien d'anormal.

Pendant l'été de 1927, il se porte bien, suit les manœuvres sans aucune fatigue, sauf toujours cette pesanteur qu'il ressent dans la fosse iliaque droite et qu'il soulage de temps en temps en relevant à travers la paroi abdominale, avec la main, cette sorte de tumeur peu tendue, gargouillante lorsqu'on presse sur elle.

En octobre 1927, il est appelé à faire des cours aux officiers de réserve à Pont-à-Mousson; il part le soir, en auto, il fait froid, deux fois, en revenant à minuit, il est pris de crises analogues, à celles que nous avons décrites, mais moins fortes et de moins longue durée.

De novembre 1927 à avril 1928, rien de spécial.

En avril 1928, à nouveau une grande crise abdominale qui va durer six jours. Le D^r Reiss, de Metz, fait le diagnostic d'occlusion, mais en raison des crises antérieures, qui ont cédé spontanément, il retarde l'intervention. Il lui donne de la spasmalgine, de la belladone, de la papavérine et du gardénal. On lui administre deux fois par jour des lavements huileux de 250 grammes.

Au sixième jour, débâcle formidable de gaz et de matières. Le ventre redevient plat, il n'existe aucun point douloureux.

Dans le courant de mai 1928, deux crises analogues qui durent seulement quelques heures, et que le malade traite de la façon suivante : « Dès le début, des douleurs, j'avale dit-il un, deux, et même trois comprimés de spasmalgine. Je prend un grand lavement huileux, et le soir tout est fini ».

En juillet, deux petites crises encore.

Le dimanche 26 août 1928, à six heures du matin (les crises débutaient depuis quelques mois toujours le matin entre 5 et 7 heures) il est pris brusquement d'une douleur qu'il connaît bien, il va à la selle mais cette douleur d'abord supportable, devient atroce, les contractions spasmodiques intestinales sont plus brutales que d'habitude et se répètent à intervalles très rapprochés, il vomit, le ventre se ballonne, il voit dit-il des boules se former, se déplacer dans son ventre.

Habitué à ces crises, il attend, mais le 28 août au matin, souffrant abominablement, il fait appeler le D^r Derrien de Saint-Servan, qui diagnostique une occlusion intestinale et lui impose une intervention.

Nous l'examinons le même jour, à 9 heures du matin, à l'hôpital du Rosais, où il a été transporté, le ventre est ballonné, tendu, une anse intestinale paraît distendue, d'une façon fantastique, et soulève l'abdomen en son milieu. Les coliques sont intenses sans arrêt et il a vomi une partie de la nuit, au moment où nous l'examinons, il présente un vomissement fécaloïde.

Intervention d'urgence à 9 h. ½. Anesthésie au chloroforme.
 Incision médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, une anse énorme distendue, aux parois très épaissies, s'extériorise d'elle-même, elle est allongée et presque aussi grosse qu'un ballon de rugby. On l'extériorise complètement et constate qu'il s'agit d'un volvulus du caecum, du côlon droit et de l'angle hépatique du côlon, faisant un tour presque complet sur eux-mêmes. La torsion se fait à peu près à l'union du tiers externe et du tiers moyen du côlon transverse. A ce niveau existe une grosse bride que nous sectionnons, nous détordons le colon droit en sens inverse de la marche des aiguilles d'une montre. Les gaz, ne semblent pas passer facilement dans le transverse, de plus les anses grêles sont dilatées. C'est alors que nous songerons à nous servir de l'appendice à la fois comme moyen de fixation pour empêcher les récidives de se faire et comme moyen de drainage intestinal. Nous faisons rapidement une petite boutonnière dans la fosse iliaque droite, nous extériorisons l'appendice en coupant et liant en partie son méso, et nous badigeonnons légèrement le fond du caecum à la teinture d'iode pour qu'il s'accrole mieux à la paroi abdominale antérieure, l'appendice est fixé par deux points au péritoine et par deux autres points à la peau. La fermeture de l'incision médiane est faite au fil d'argent.

Nous coupons alors l'extrémité de l'appendice, nous introduisons dans la lumière de l'appendice une sonde de Nelaton n° 15. et nous la poussons jusque dans le caecum. A ce moment les gaz sortent en abondance. Nous laissons la sonde en place, sans suture à l'appendice, car elle est entrée à frottement dur.

Deux heures après l'opération, le ventre est presque redevenu normal.

Nous enlevons la sonde le quatrième jour, l'appendice flétri, ratatiné, ne laisse pour ainsi dire rien passer, il se sphacèle à un centimètre environ de sa base. Puis, celle-ci s'atrophie, et au onzième jour les bourgeons charnus ont recouvert la cicatrice. Le malade quitte l'hôpital le quinzième jour, en parfaite santé.

Nous avons attendu dix-huit mois avant de publier cette observation afin de savoir si la fixation du caecum ainsi pratiquée serait suffisante à empêcher la reproduction des crises. Cet officier nous a écrit à la fin de février dernier, c'est-à-dire dix-huit mois après l'opération, il se porte admirablement, il n'a jamais plus souffert de l'abdomen. Les selles sont régulières, il ne prend aucune précaution ni de régime, ni contre la fatigue, et il ne veut même pas se faire radiographier, ce qui aurait été intéressant pour nous. Nous pensons que désormais il est à l'abri de toute récidive, son côlon droit est fixé d'une part par le caecum, d'autre part, par le

transverse qui était maintenu en place par un méso-côlon qui paraissait court, il n'y a pas de raison pour que le volvulus puisse se reproduire.

OBSERVATION XX

HARTGLASS

(In : *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, n° 7, 2 Mars 1929, Séance du 20 Février 1929, pages 291-298).

Un homme de trente ans, ouvrier agricole, nous est envoyé le 2 novembre 1927 avec le diagnostic de crise appendiculaire aiguë. Cette crise aurait débuté brusquement dans la matinée. Nous voyons le malade à deux heures de l'après-midi.

Nous sommes tout de suite frappé par la violence des douleurs, survenant comme par crises, pendant lesquelles le malade se tord littéralement. Température à 37°5. Pouls à 80-90 bien frappé. Pas de vomissements.

A l'examen de l'abdomen, contracture très intense, à droite dans la fosse iliaque, qui est douloureuse à la moindre pression. Pas de météorisme. Pas de signe de von Wahl.

Nous faisons le diagnostic d'appendicite aiguë avec menace de perforation, malgré l'absence de fièvre, ayant observé auparavant un cas de gangrène de l'appendicite pour ainsi dire apyrétique.

L'intervention est décidée et pratiquée deux heures plus tard.

Opération. Anesthésie : Sédol-Balsoforme. Incision de Mac-Burney. A l'ouverture du ventre notre attention est tout de suite attirée par une quantité très abondante de liquide sanguinolent et par une distension du caecum qui gêne toute manœuvre intra-abdominale. Nous transformons notre incision de Mac-Burney en incision de Roux et pouvons ainsi aborder l'appendice qui est sain. Le diagnostic de volvulus du caecum et du côlon ascendant est alors fait. Nous rétrécissons rapidement notre incision latérale et nous nous portons vers la ligne médiane.

Le caecum et le côlon jusqu'à l'angle sous-hépatique sont tordus à 80-90° dans le sens des aiguilles d'une montre, de droite à gauche, autour de leur axe vertical. La paroi externe du gros intestin est devenue antérieure. Un pli profond sépare la partie flottante du côlon ascendant de la partie fixe sous-hépatique et montre la limite de l'intestin tordu. L'intestin grêle n'est pas intéressé. Cette torsion pouvait se produire à cause de l'existence d'un méso libre et flottant. Le gros intestin tordu est très dilaté,

atteignant les dimensions du genou d'un adulte, et ne présente aucune lésion de ses tuniques.

La détorsion est facile mais comment la maintenir ?

La suture au péritoine pariétal ou à celui de la fosse lomboliliaque ne nous tente guère, d'une part à cause de la difficulté de la manœuvre par incision médiane, et d'autre part en raison de l'énorme distension du caecum qui se prête mal à la pose de points non perforants. Nous décidons alors de mettre à profit notre incision latérale et de nous servir de l'appendice comme moyen de fixation et comme soupape de sûreté en cas de paralysie intestinale post-opératoire. L'appendice est donc amené dans la plaie latérale après ligature et section de son méso.

Il est très fortement attiré en dehors du ventre par le catgut liant sa base pour que la plus grande surface possible de la paroi antérieure du caeco-ascendant se mette au contact du péritoine. La base de l'appendice est fixée par quelques points au fil de lin au péritoine pariétal et aux muscles de la paroi. Le reste de l'incision latérale est suturé par plans successifs. L'incision médiane est suturée en un seul plan aux fils de bronze. Un drain et trois mèches iodoformées dans le Douglas par mesure de prudence.

Suites opératoires normales et apyrétiques. L'opéré rend des gaz au bout de vingt-quatre heures; il va à la garde-robe le troisième jour. On enlève le drain le troisième jour et les mèches le cinquième. La plaie médiane est cicatrisée complètement en quinze jours. Quant à l'appendice il se flétrit et se sphacèle. Nous le coupons à la base le quatrième jour au-dessus de sa ligature. Il ne se produit aucune fistule stercorale et cette plaie latérale se cicatrise par bourgeonnement.

Depuis nous avons revu notre opéré qui travaille normalement comme ouvrier agricole sans trop peiner. Pas de tendance à la récurrence de son volvulus. Nous pensons que la paroi antérieure du caeco-ascendant, tout au moins dans une partie, est restée adhérente au péritoine pariétal. Nous ne voulons pas l'affirmer n'ayant pu pratiquer un examen aux rayons X.

OBSERVATION XXI

WILMOTH

(In : *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*.
Séance du 20 février 1929.)

Femme de 74 ans, entrée à la Pitié dans l'après-midi du 17 décembre 1928.

Lorsqu'on l'examine, le 18^e au matin, on constate qu'elle présente un ballonnement abdominal considérable. Le ventre est fortement saillant sur la ligne médiane. Quelques anses intestinales dessinent discrètement sous la paroi distendue des mouvements de reptation, à intervalles irréguliers. L'interrogatoire nous apprend que la malade n'a pas été à la selle depuis six jours, qu'elle ne rend aucun gaz, qu'elle a quelques vomissements. Le faciès est altéré, la langue est sèche, recouverte d'un enduit brunâtre; le poulx est mal frappé, la température est normale.

On a l'impression qu'il s'agit d'un volvulus, sans autre précision et l'on décide d'intervenir sans tarder.

Opération sous anesthésie générale au chloroforme, incision médiane sous-ombilicale. L'écarteur de Gosset est placé, on voit les anses grêles de coloration normale mais très distendues. Tout de suite à droite de la ligne médiane et remplissant toute la fosse iliaque droite et le flanc droit, on trouve une anse intestinale énormément distendue, de couleur violacée, très lourde qui se laisse soulever et qui présente sur sa face antérieure un sillon profond dirigé de haut en bas et de gauche à droite. En soulevant l'anse distendue, on voit qu'une anse grêle passe derrière elle et vient aboutir sur son flanc externe. Il s'agit donc du caecum. En prenant cette anse à pleines mains, on lui fait décrire un tour complet et un demi-tour en sens inverse des aiguilles d'une montre. Cela fait, iléon et caecum ont repris une situation quasi-normale. Mais le caecum ne se vide pas et on constate alors sur le côlon ascendant, une bride, épaisse comme un ligament de Bertin, tendue d'un paquet d'anses grêles au péritoine de la fosse iliaque interne droite. On la sectionne et on se rend compte alors que l'iléon, le caecum et le côlon ascendant ne sont pas fixés comme normalement à la paroi abdominale postérieure, ils ont conservé la disposition fœtale.

Malgré la détorsion du segment caeco-colique et la section de la bride, le caecum ne se vide pas; il reste lourd, on décide de le fistuliser; mais, en raison de l'état précaire de la malade et pour aller vite, une sonde de Pezzer est implantée dans le caecum et maintenue par un fil de lin en bourse, le caecum est fixé par quatre fils de lin en bourse à l'extrémité inférieure de l'incision médiane dont le reste est fermé en un plan par trois fils de bronze.

Les suites ont été très simples. La sonde de de Pezzer permet une vidange rapide et abondante de l'intestin. L'état général devient satisfaisant. La malade s'alimente. Le troisième jour il y a une selle par l'anus. Le dixième jour la sonde de Pezzer tombe spontanément; la petite plaie hypogastrique se ferme rapidement.

Les fils de bronze sont enlevés le douzième jour. La malade quitte l'hôpital en bon état trois semaines après l'intervention. Nous l'avons revue depuis, son intestin fonctionne normalement.

OBSERVATION XXII

LENORMANT

(In : *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie.*
Séance du 20 février 1929.)

Femme de quarante-trois ans, entrée le 28 février 1927 à la Pitié.

Cette malade a été prise, la veille de douleurs très aiguës dans tout le côté droit du ventre et de vomissements. La douleur persiste depuis lors, sans atténuation. A l'examen on trouve une sensibilité très vive dans l'hypocondre et la fosse iliaque droite, avec contracture musculaire très marquée. La malade a tendance à tenir la cuisse droite fléchie. Le pouls est rapide, mais bien frappé; la température à 38°4. *On fait le diagnostic d'appendicite aiguë* et l'on décide d'intervenir immédiatement.

Opération, le 28 février 1927, sous anesthésie à l'éther. La malade est très grasse. Longue incision latérale droite, sur le bord externe du muscle grand droit. Le péritoine ne renferme qu'un peu de sérosité; pas d'adhérence. L'épiploon qui se présente d'abord est relevé et l'on arrive sur le caecum et le colon ascendant, énormément distendus gros comme une tête d'enfant. L'appendice est gros, court, turgescant, mais sans pus et sans fibrine. Le caecum et le colon ascendant sont pourvus d'un méso complet et présentent un début de torsion, avec rétrécissement à l'union du colon ascendant et du transverse, point où les gaz ne passent pas. Il y a en outre une lame vasculaire assez dense qui, de la paroi latérale de l'abdomen, se porte sur le gros intestin en le comprimant. Après section de cette membrane et remise en place du caecum et du colon ascendant, les gaz passent librement dans le transverse. Appendicectomie. Suture de la paroi abdominale au catgut et aux crins de Florence.

Suites opératoires normales, la malade sort guérie le 13 avril 1927.

OBSERVATIONS	ANTECEDENTS	DEBUT	HISTOIRE DE LA MALADIE	EXAMEN	RADIO
I	Homme de 63 ans, douleurs gastriques, type brûlures depuis 30 ans.	Brusque	Violentes douleurs abdominales. Crises douloureuses toutes les dix minutes.	T.: 38 - P.: 96. — Ventre souple respir. Masse arrondie à épigastre sonore sensible.	Sans préparation : gros ballon épigastrique à limite nette, avec deux niveaux liquidien.
II	Homme 62 ans, pas d'antécédents.	Progressif en huit jours	Douleurs abdominales, type coliques depuis 8 jours, peu intenses. Pas de vomissements. Arrêt gaz la veille.	T.: 37.7 - P.: 80. — Abdomen légèrement ballonné. Sonorité nette moitié supérieure.	Sans préparation : vaste coupole à sommet paramédian gauche. Niveau liquidien d'un flanc à l'autre. Enorme pneumopéritoine. Avec lavement baryté : cadre colique perméable encadrant le ballon aérique.
III	Homme 53 ans, pas d'antécédents.	Brusque	Vives douleurs fosse iliaque droite. Vomissements. Arrêt matières et gaz depuis 36 heures.	T.: 37.5 - P.: 75. — Un peu de défense, sonorité nette de la fosse iliaque droite.	Pas de radio.
IV	Femme 54 ans, pas d'antécédents.	Brusque	Vives douleurs fosse iliaque droite puis hypocondre gauche. Deux vomissements bilieux.	T.: 37 - P.: 80. — Faciès altéré. Ballon sonore, élastique, soulevant hypocondre gauche.	Sans préparation : Anse : très dilatée. Lavement baryté : Inject cadre colique encadrant le ballon.
V	Femme 57 ans, pas d'antécédents.	En occlusion depuis 4 jours	Après coliques de plus en plus violentes, arrêt complet matières et gaz depuis 4 jours.	Abdomen distendu par masse suspensibienne sonore, tendue, douloureuse mobile.	Pas de radio.
VI	Homme 40 ans, crises douloureuses abdominales passagères à diverses reprises.	Brusque	Violentes coliques partie droite ventre. Arrêt matières et gaz depuis 4 heures. Vomissements bilieux.	Etat grave. P.: 140. Respiration superficielle. Ventre météorisé. Hypocondre gauche saillant, tendu douloureux, tympanique.	Sans préparation : Volumineuse image claire de l'hypocondre gauche avec niveaux liquidien.

DIAGNOSTIC POSE	LESIONS DECOUVERTES	TECHNIQUE OPERATOIRE	SUITES
Ulcus gastrique probable, perforé mais avec enkystement.	Volvulus du caecum et du colon droit, torsion de 270° (sens contraire à aiguilles montre).	Hémi-colectomie droite.	Bonnes. Guérison.
Incertain (images radioscopiques non classées).	Megacaecum sans accollement, basculé en haut et à gauche. Perforation pontiforme de face postérieure.	Enfouissement perforation. Iléotransversostomie latéro-latérale. (En vue hémi-colectomie ultérieure).	Simple. Guérison.
Occlusion intestinale (l'étiologie imprécise).	Volumineux volvulus caecal (avec taches suspectes quant à la vitalité de la paroi très amincie).	Ponction. Détorsion. Caecostomie.	D'abord bonnes. Mort par oedème aigu du poumon au 10 ^e jour.
Volvulus du colon pelvien.	Caecum et début colon ascendant basculé dans hypocondre gauche (au niveau bride colique).	Ponction. Section de bride. Mise en place sonde de Pettzer fixée au tégument.	Normales. Fistule se ferme. Guérison.
Torsion kyste de l'ovaire.	Torsion caecum de 360° (sens aiguille montre), autour bride péritonéale	Détorsion. Extériorisation de la portion sphacelée.	Mort au 3 ^e jour.
Volvulus.	Volvulus caecal de 270° avec éraillures de la séreuse.	Détorsion. Ponction. Résection de 25 cm colon droit et 6 cm iléon. Iléotransversostomie.	Guérison.

OBSERVATIONS	ANTE-CÉDENTS	DEBUT	HISTOIRE DE LA MALADIE	EXAMEN	RADIO
VII	Femme 47 ans. Constipation chronique. Troubles dyspeptiques vagues (Mobilité colon droit constatée lors appendicectomie 8 ans avant.	Lent	Nombreuses crises de sub-occlusion, de plus en plus rapprochées. (6 les 2 derniers mois). Altération état général. Cachexie.	Distension nette de paroi abdominale droite au moment crises. Pas de vomissements.	Distension caecum et colon ascendant entre deux sténoses sus et sous-jacentes.
VIII	Femme 44 ans. Pas d'antécédents.	Brusque	Le matin : T.: 37.5. Vives douleurs généralisées à tout le ventre. Pas de vomissements. Arrêt matières et gaz. Le soir : T.: 39.5. Faciès péritonéal. Dyspnée. Pouls: petit, régulier.	Au matin : abdomen tendu, sensation de résistance à gauche. — Au soir : Ventre de bois. Sonorités généralisées.	Pas de radio.
IX	Jeune soldat (opéré hernie inguinale droite scrotale congénitale).	Brusque	Violentes douleurs abdominales. Vomissements abondants. Arrêt matières et gaz.	P.: 110. Faciès péritonéal, ballonnement sus-ombilical. Mouvements périltaltiques de hypocondre gauche à région caecale.	Pas de radio.
X	Femme 23 ans. Constipation chronique invétérée.	Lent depuis 6 jours	Sub-occlusion fébrile depuis 6 jours.	Voussure douloureuse, sonore, de région ombilicale et fosse iliaque gauche.	Pas de radio.
XI	Femme de 47 ans, déjà 2 opérations (appendicectomie et hystérectomie), crises coliques avec arrêt partiel des gaz.	Lent.	Crises intermittentes de coliques depuis quelques demi-heures.	T.: 38.2. — Fosse iliaque droite résistante douloureuse. TR et TV normaux.	Pas de radio.

DIAGNOSTIC POSE	LESIONS DÉCOUVERTES	TECHNIQUE OPÉRATOIRE	SUITES
Diagnostic probable du caecum.	Volvulus caecal (3/4 tour complet de droite à gauche) autour corde épiploïque. Fin du grêle s'étranglant sous cette corde.	Hémicolectomie droite aboutissant termino-latéral du grêle.	Simple. Guérison.
Péritonite généralisée d'origine appendiculaire ou salpingienne.	Pus à ouverture. Torsion 180° du caecum et colon droit, d'arrière en avant. Adhérences à la partie étranglée.	Détorsion. Résection du caecum et du colon droit, on place pinces de Kocher sur le bout distal, amarré à la peau.	Simple. Bon état général à 27 jours d'intervention.
	Caecum énorme, très aminci, basculé en haut à gauche.	Remise en place caecum. Appendicectomie. Typhlo-pexie.	
Pyosalpinx gauche communiquant avec intestin et contenant gaz.	Caecum et moitié colon ascendant tordu de 360° sur leur méso autour d'une bride, (de la bandelette précolique aux parois pelviennes).	Section bride. Détorsion. Caecopexie.	Normales.
	Torsion caecum et moitié colon ascendant et origine iléon de 300°, engagés dans une bride (de la bandelette précolique aux parois pelviennes droites).	Section de la bride. Détorsion. Caeco et colopexies droites.	Normales. Scarlatine au 20 ^e jour.

OBSERVATIONS	ANTECEDENTS	DEBUT	HISTOIRE DE LA MALADIE	EXAMEN	RADIO
XII	Femme âgée, nombreuses crises antérieures nettes.	Brusque		Vacuité relative de la fosse iliaque droite. Ballon saillant tendu faisant penser à estomac dilaté.	Fond caecal non au point déclive normal. Incisure transversale plus oblique. Sur une face de l'anse déclive netteté rectiligne (où était sans doute la charnière de torsion).
XIII	Jeune femme opérée déjà de fibrome, accidents douloureux avec paroxysmes dans le côté droit de l'abdomen depuis plusieurs années.		Etait soignée pour pour cholécystite (saison à Vichy).		Etablit le diagnostic (plicature du caecum).
XIV	Homme 21 ans, pas d'antécédents.	Remonte à 7 jours	Après un repas trois selles et violentes douleurs fosse iliaque droite. Vomissements et hoquets. Arrêt absolu des matières et des gaz.	T.: 37 - P.: 100. — Légère voussure fosse iliaque droite. Ventre ballonné sans excès, sonorité partout. Ondulations péristaltiques discrètes en haut et à gauche de l'abdomen.	Pas de radio.
XV	Homme 43 ans, pas d'antécédents.	Brusque	Douleurs fosse iliaque droite, suivies de vomissements. Arrêt des gaz.	T.: 38° 5 - P.: 140. — Défense musculaire.	Pas de radio.
XVI	Homme de 23 ans.	Brusque	Violentes douleurs abdominales depuis 3 jours. Arrêt des matières et des gaz. Péristaltisme intestinal anormal	T.: 38,1 - P.: 140. — Masse volumineuse à droite.	Pas de radio.
XVII	Femme de 65 ans, obstruction chronique depuis plusieurs années (jadis signes de péritonite après accouchement).	Insidieux	Occlusion intestinale complète depuis 3 jours.	Mauvais état général. P.: 120. Ballonnement abdomen.	Pas de radio.

DIAGNOSTIC POSE	LESIONS DECOUVERTES	TECHNIQUE OPERATOIRE	SUITES
Occlusion aiguë pro- longée.	Volvulus du caecum.		
Plicature du caecum.	Colon ascendant non accolé plié sur axe transversal, le caecum devant l'ascen- dant, le fond regardant en haut. Nombreuses adhérences caeco-coliques. Iléon fixé au péritoine postérieur par deux bri- des de Lane.	Libération des adhérences. Appendicectomie. Pas de pexie.	Amélioration consi- dérable.
Occlusion intestinale par bride.	Caecum distendu comme tête nouveau-né, tordu de 180°. Appendice fixé vers le promontoire par ses deux tiers apicaux.	Détorsion. Appendicectomie. Pas de pexie.	Simples. Guérison.
Appendicite perforée.	Liquide roussâtre à laparo- tomie. Caecum et colon ascendant en volvulus. Mésos très long et tordu.	Extériorisation. Résection. Anastomose latéro-laté- rale entre l'iléon et le transverse.	Bonnes. Guérison.
Obstacle probable sur le caecum ou le colon ascendant.	Torsion du caecum et du colon ascendant de droite à gauche.	Détorsion. Caecopexie. Fis- tule caecale au flanc droit.	Bonnes. La fistule se ferme au 12 ^e jour. Guérison.
Etranglement par bride sur partie terminale du grêle.	Gros caecum tordu (un de- mi-tour sens aiguille mon- tre) entraînant terminai- son grêle, colon droit fixé par brides fibreuses à la paroi postérieure. Pla- ques de sphacèle sur face antérieure caecum.	Détorsion. Extériorisation. Résection, deux jours après au thermo. Cure de l'anus deux mois après.	Simples, mais phlé- bite au membre in- férieur gauche dix jours après. Bonne santé.

OBSERVATIONS	ANTECEDENTS	DEBUT	HISTOIRE DE LA MALADIE	EXAMEN	RADIO
XVIII	Homme de 30 ans, pas d'antécédents.	Brusque	Après déjeuner violentes douleurs abdominales.	Signes d'inondation intrapéritonéale suraiguë. Pouls incompressible. Météorisme. Flanc droit semble plus distendu et plus douloureux.	Pas de radio.
XIX	Homme de 39 ans, depuis toujours pesanteur dans fosse iliaque droite.	Suites de plusieurs crises	Crises (avec vomissements, ballonnements, arrêt de matières et des gaz pendant 3-4 jours) se terminant par débacle diarrhéique en oct. 27, nov. 27, oct.-avril-mai 28 et août 28. De plus en plus longues et douloureuses.	Ventre ballonné. Tendue, une anse intestinale le soulève en son milieu. Vomissements fécaloïdes.	Pas de radio.
XX	Homme de 30 ans.	Brusque	Douleurs violentes par crises où le malade se tord. Pas de vomissements.	T.: 37,5 - P.: 90. — Contracture douloureuse fosse iliaque droite. Pas de météorisme.	Pas de radio.
XXI	Femme de 74 ans.	En occlusion depuis 6 jours	Pas de selles, ni gaz depuis six jours. Quelques vomissements.	T.: 37 - P. : mal frappé. — Faciès altéré. Ballonnement abdominal considérable. Mouvements de reptation sous la paroi distendue.	Pas de radio.
XXII	Femme de 43 ans.	Brusque	La veille : douleurs aiguës côté droit du ventre et vomissements.	T.: 38,4 - P.: rapide mais bien frappé. Vive sensibilité hypochondre fosse iliaque droite avec contractures marquées. Cuisse droite en flexion.	Pas de radio.

DIAGNOSTIC POSE	LESIONS DECOUVERTES	TECHNIQUE OPERATOIRE	SUITES
Rupture d'un gros vaisseau mésentérique ou mésocolique droit.	Cæcum énorme, plié sur un long méso (convexité inféro-interne du cæcum rabattu vers l'ombilic.	Détorsion (les gaz passent dans le colon ascendant). Appendicectomie. (Moi-gnon fixé à la paroi antérieure).	Guérison.
Occlusion intestinale.	Volvulus du cæcum, colon droit et de l'angle hépatique du colon d'un tour complet au niveau d'une grosse bride.	Section de la bride. Détorsion. Appendicostomie. On place une sonde dans l'appendice.	Bonnes. On enlève sonde au 4 ^e jour. Appendice se sphacèle. Guérison.
Appendicite aiguë avec menace de perforation.	Abandon liquide sanguinolent à l'ouverture cæcum distendu et colon ascendant tordu à 90° sens aiguilles montre. Méso flottant.	Détorsion. Caecostomie.	Apyrétiques. Appendice flétri et coupé au 4 ^e jour. Guérison.
Impression d'un volvulus.	Anse grêle très distendue. Cæcum énorme, tordu (un tour et demi sens inverse aiguilles d'une montre). Bride sur le colon ascendant tendu d'un paquet d'anses grêles au péritoine de la fosse iliaque interne droite.	Détorsion. Section de la Bride. Fistulisation du cæcum.	Simples, Selles par anus au 3 ^e jour. La plaie se ferme. Guérison.
Appendicite aiguë.	Cæcum et colon droit énormes distendus, avec début de torsion à l'union du colon ascendant et du transverse. Bride vasculaire de la paroi latérale de l'abdomen au gros intestin le comprime.	Section de la bride. Détorsion. Appendicectomie.	Normales. Guérison.

LE VRAI VOLVULUS, AIGU, PAR ROTATION AUTOUR D'UN AXE LONGITUDINAL SE RENCONTRE-T-IL SOUVENT ?

Bien que nous n'ayons pas espéré recueillir la totalité des observations de volvulus du caecum et du colon droit publiées ces dernières années, nous constatons cependant, que nous en restons à quelques dizaines de cas, pour une période de presque dix années.

Comme dit Mondor (in : Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, séance du 13 juin 1934, p. 881) « nous avons des notions très insuffisantes sur la fréquence des diverses occlusions et lorsque le traitement de l'occlusion intestinale aiguë ne sera plus trop souvent limité au seul souci de drainage, mais sera celui de la péritonite aiguë, élargi jusqu'au traitement actif de la cause, les observations de volvulus du caecum seront assez nombreuses ».

Malgré tout, cette affection est rare en France. Il est à remarquer que dans le service de Chirurgie de l'Hôtel-Dieu de Laon, où il est pratiqué plus de 1.500 interventions chaque année, l'observation que nous rapportons constitue le premier cas de volvulus du caecum et du colon droit opéré par le Docteur Lemarchal au cours de sa carrière.

En effet, le volvulus que l'on opère est le volvulus aigu (volvulus complet par rotation autour d'un axe longitudinal), complication fréquente ainsi que nous le verrons par l'étude des antécédents de nos observations, du volvulus

chronique incomplet (par bascule autour d'un axe transversal) et qui doit précéder, fréquemment, mais pas toujours, le premier.

Et ce dernier se rencontrerait alors très souvent sur une symptomatologie d'emprunt : gastrique, vésiculaire, appendiculaire ou de colite généralisée, et que seul, un examen radiologique du caecum (nous retrouvons ici la valeur de la radiographie et l'importance des services qu'elle peut fournir) auquel souvent rien n'invite, peut mettre en évidence. Le volvulus caecal ainsi défini, ferait penser qu'il s'agit bien d'une affection fréquente, représentant un intérêt clinique de premier plan en entérologie (Roger Sarles, de Marseille, *Cahier de Gastro-entérologie*, 1^{er} juin 1932).

Cette affection mérite une large place dans l'étude de la pathologie du gros intestin disaient « Gatellier, Moutier et Porcher » (in *Archives des maladies de l'appareil digestif*, janvier 1931).

Mais sur nos 22 observations, nous constatons que nous avons 18 volvulus vrais (torsion du caecum le long de l'axe longitudinal) pour 5 plicatures (observations : II, IV, IX, XIII et XVIII), et que sur ces 18 volvulus vérifiés à l'opération, nous trouvons 8 volvulus datant de plusieurs jours (observations : V, VII, X, XI, XIV, XVII, XIX et XXI) et 9 aigüs à début brusque (observations : I, III, VI, VIII, XII, XV, XVI, XX, XXII) ; pour 6 d'entr'eux, nous ne décelons aucun antécédent d'aucune sorte, et que pour 6 cas (observations : III, VIII, XV, XVI, XX, XXII) il n'a été relevé aucune bride ou adhérence, témoignage d'une infection ancienne.

Cet exposé prouverait que les volvulus vrais, aigüs, se produisant d'emblée, seraient alors encore moins fréquents que l'on ne le pense habituellement — Lenormant (Société Nationale de Chirurgie — séance du 22 février 1929) pense également que « le volvulus du caecum ainsi compris est une variété rare de l'occlusion intestinale — Rare en France —. La plupart des observations provien-

ment d'Allemagne ou d'Europe septentrionale. Même dans les pays d'Europe orientale, le volvulus du caecum apparaît comme bien moins fréquent que les autres torsions de l'intestin et, ajoute-t-il, personnellement, sur un total de 88 occlusions intestinales aiguës de causes diverses que j'ai opérées comme chirurgien de garde ou qui ont été opérées dans les services que j'ai dirigés, je n'ai rencontré que trois fois un volvulus du caecum ».

C'est aussi l'avis de Massadier (*La Loire Médicale* — février 1936) et le maximum de fréquence selon l'âge, ajoute-t-il, serait de 30 à 35 ans. Pour notre part, nous relevons 5 hommes de 40 ans et plus, sur dix cas (dont 2 jeunes hommes de 20 à 25 ans) et 9 femmes de plus de 40 ans, sur dix cas, pour une seule de 23 ans. Ainsi cette affection nous apparaît plutôt se produire à l'âge mûr.

QUELLES SONT LES CIRCONSTANCES QUI FAVORISENT ET DÉTERMINENT LE VOLVULUS

LA BRIDE PÉRITONÉALE EST-ELLE INDISPENSABLE A SA PRODUCTION ?

Le volvulus caecal nécessite la *persistance du méso-caecum* et du colon ascendant, celle-ci serait une malformation assez banale, en dehors du volvulus lui-même (Le-normant, rapport à la Société Nationale de Chirurgie, 20 février 1929).

Or, sur nos 22 cas de volvulus, ce défaut d'accolement du méso-caecum, ou la présence d'un méso très long, n'a été constaté que huit fois. Observation II : un mégacaecum ne présentant aucun accolement péritonéal est basculé de sorte que sa face postérieure est devenue antérieure et que le fond du caecum est en haut et à gauche. — Observation V ; on se rend compte qu'il s'agit d'une torsion complète du caecum, qui a basculé de droite à gauche, grâce à une longueur anormale de son méso. — Observation XIII : on trouve un colon ascendant non accolé, une plicature sur un axe transversal, le caecum se plaçant devant l'ascendant.

— Observation XIV : on voit que le caecum est tordu sur son axe de gauche à droite de 180° avec un méso assez long.

— Observation XV : la masse noirâtre aperçue à l'ouverture du péritoine est formée par le caecum et le colon ascendant soutenus par un méso très long et tordu. — Observation XVII : le méso iléo-caecal est libre de tout accolement. — Observation XX : le caecum s'est tordu plié sur

un méso particulièrement allongé. — et Observation XXI : le caecum et le colon ascendant ne sont pas fixés comme normalement à la paroi postérieure ; ils ont conservé la disposition foétale.

Il faudrait ajouter à ce défaut d'accolement du méso caecum, dit Lenormant, les efforts violents, surtout chez l'homme, et les fermentations intestinales, provoquant la distension brusque.

Si ces causes jouent un rôle certain, nous n'avons jamais pu en retrouver d'exemple, par l'examen des antécédents de nos observations ; aucun de nos malades ne mentionne un effort violent précédant son affection, et aucun n'accuse de météorisme important.

Faudrait-il alors d'autres circonstances ? Oui, c'est certain et c'est ainsi que nous allons retrouver l'*importance de cette bride fibreuse*, dont Grégoire a été le premier comme nous l'avons vu, à signaler l'intérêt.

Et en effet, Lenormant, dans ce même rapport du 20 février 1934 disait : « une circonstance qui m'a frappé parce que je l'ai retrouvée dans trois observations, c'est l'existence, au voisinage de l'angle colique droit, d'une bride péritonéale ou épiploïque plus ou moins développée, et plus ou moins épaisse, qu'il a fallu sectionner pour détordre le volvulus ; ces dispositions anatomiques doivent, en créant la stase et la distension d'un caecum libre et mobile, en favoriser la torsion. »

C'est dans 50 % des cas, c'est-à-dire 11 fois sur nos 22 observations, que nous avons noté la présence d'une bride fibreuse :

Observation I : il faut débrider vers le bas pour pouvoir sectionner une membrane de Lane qui retient l'iléon, et une plaque de mésentérite rétractée qui s'oppose encore à l'extériorisation, lit-on dans le compte rendu opératoire de Lemarchal. — Observation V : après libération de la bride

de détorsion de l'anse, on extériorise complètement toute la portion sphacélée. — Observation VII : la torsion du colon droit s'est d'ailleurs effectuée autour d'une corde épiploïque du volume du doigt. — Observation X : la torsion s'est faite autour d'une bride partant de la bandelette précolique droite et aboutissant à la fosse iliaque droite. — Observation XI : volvulus intestinal, engagé comme dans une hernie interne dans une bride allant de la bandelette précolique ascendante aux parois pelviennes droites. — Observation XIII : le caecum était en avant du colon ascendant et de nombreuses adhérences fixaient cette disposition. L'iléon postérieur était fixé au péritoine postérieur par deux brides, type de la bride de Lane, déformant en W cette partie de l'intestin. — Observation XIV : dans l'observation de Barbilian, cette bride était formée par l'appendice lui-même, qui était fixé vers le promontoire par ses deux tiers apicaux et s'opposait à l'extériorisation du caecum. — Observation XVII : à trois travers de doigt au-dessus du point où le caecum se continue avec le colon ascendant, on voit des brides fibreuses d'aspect inflammatoire appliquant le colon contre la paroi postérieure. — Observation XIX : à niveau, à l'union du tiers interne et des deux tiers moyens du transverse où se fait la torsion, nous sectionnons une grosse bride. — Observation XXI : on constate sur le colon une bride épaisse comme un ligament de Bertin, et enfin dans la dernière observation XXII, nous voyons que c'est une lame vasculaire assez dense, qui, en se portant de la paroi latérale de l'abdomen sur le gros intestin, le comprime.

Thévenard à propos de l'observation de Moreau (Société des Chirurgiens de Paris, 17 octobre 1930) émet des opinions analogues quant au rôle de ces brides. Toutefois, il formule cette réserve, que *le volvulus du caecum et du colon droit a été souvent observé en dehors de la présence de brides*. Algrave également dans son rapport à la Société de Chirurgie de Paris d'avril 1931 nous dit : « Résumant

sur ce point l'opinion que je me suis faite sur le rôle qui appartient aux points d'appuis pathologiques ou accidentels dans la pathogénie des volvulus, je dirai qu'ils n'apparaissent pas comme indispensables à leur production, mais qu'assurément il les favorisent. »

Et ce serait si vrai, que sur les seules neuf observations de volvulus vrais aigüs à début brusque que nous avons recueillies, il se trouve sept cas où aucune bride ou adhérence anormale n'ont été relevées et ne peuvent être invoquées pour formation du volvulus (observations III, VI, VIII, XII, XV, XVI et XX), réserve faite pour les observations XV et XX où nous avons noté antérieurement l'existence d'un long méso, qui peut alors être mis en cause : nous voyons même, que sur les trois cas de bascules ou pliatures, ayant fourni un tableau clinique aigu à début brusque (observations IV, IX et XVIII) il n'a pas été relevé non plus à l'opération la présence de brides ou adhérences.

Mais alors, le volvulus, continue Thévenard dans son mémoire, n'étant plus limité dans son évolution, peut n'être que le début d'un volvulus total ; le *volvulus définitif est alors précédé de crises de volvulus intermittent se résolvant au bout d'un temps plus ou moins long.*

Roger Salles, de Marseille (in cahiers de gastro-entérologie de juin 1932) rappelle, lui, aussi, la théorie de Gattelier, Moutier et Porcher, qui ne voient qu'une différence de degré entre le volvulus incomplet par bascule autour d'un axe transversal, favorisé ou non par un long méso, et le volvulus complet par rotation autour d'un axe longitudinal (le premier précédant le second). Et selon Algrave nous serions alors dans les cas de volvulus à signes prémonitoires, de beaucoup les moins fréquents, s'annonçant à distance, par des coliques plus ou moins vives et répétées localisées autour de l'ombilic ou du caecum, douleurs qui peuvent revêtir l'aspect de crises accompagnées d'état nauséeux et qui disparaissent souvent après un temps variable

en même temps qu'il y a émission de gaz et de matières ; ce sont sans doute ces états de stase caecale, avec lesquels un certain degré de torsion peut se produire de temps à autre, et qu'une surcharge alimentaire intempestive ou une constipation plus accentuée que d'habitude (une grossesse en évolution) aient pu être invoqués, comme capables de donner le coup de pouce à un volvulus en préparation.

Il est certain que nous trouvons pour deux observations où ni la présence d'un méso très long, ni l'existence de bride pathologique fut relevée, et où nous avons trouvé un passé, où l'on a noté la présence de crises abdominales passagères à plusieurs reprises (observation VI) et (dans l'exemple rapporté par Mondor : observation XII) : de nombreuses crises antérieures nettes.

Mais fait remarquable pour ces cinq autres observations de volvulus vrai (observations III, VIII, XV, XVI et XX) et aussi pour les trois observations de plicatures aigües (observations IV, IX et XVIII) *ni long méso, ni bride pathologique, ni antécédents, qui seraient susceptibles d'expliquer leur formation*, ce qui prouverait qu'il existe de nombreux cas de volvulus ou de plicatures du caecum, qui se produiraient d'emblée, sans crises de volvulus intermittent préalables, et sans causes évidentes.

Algrave a essayé d'en trouver l'explication, en rapportant les expériences intéressantes que — Padhala a faites dans ces dernières années sur des animaux dans le laboratoire du professeur Roger : la suffisance de la valvule iléo-caecale associée au rétrécissement du colon ascendant serait une condition favorable à la production du volvulus du caecum, la distension du caecum tendrait alors à le faire tourner, quand la valvule iléo-caecale est suffisante.

Ces causes mécaniques, d'ordre pathologique (qu'Algrave avoue n'avoir pas réussi à reproduire sur le cadavre par distension seule du caecum — Padhala opérait la distension à la fois du caecum et du colon ascendant) sont peut-être susceptibles de préparer le volvulus.

Alors nous revenons au même point ; qui va le déterminer, ce volvulus aigu sans bride se produisant d'emblée sans passé pathologique. Algrave invoque des conditions d'ordre physiologique qui peuvent être, soit des causes occasionnelles capables d'agir avec violence : l'effort puissant et brusque, qui peut impliquer un état de contracture immédiat de la paroi abdominale avec un péristaltisme intestinal souvent intense, et que peut traduire l'émission soudaine et bruyante de gaz par l'anus ; c'est ainsi qu'on aurait observé des volvulus à l'occasion d'un effort pour soulever un lourd fardeau, rattraper une balle de tennis, à l'occasion d'une chute, et même d'efforts de défécation, donne-t-il en exemple. Soit le coup de froid extérieur sur l'abdomen, capable des mêmes effets sur la paroi et surtout sur l'intestin, où il peut traduire son effet, par des coliques parfois très vives, avec émission de gaz et de matières fluides également. Soit encore le coup de froid intérieur, par l'ingestion brusque et abondante de boissons glacées, par une chaleur extérieure accablante ; et, de citer quelques observations à l'appui de ces faits.

Si nous examinons nos cinq cas aigus (observations III, VIII, XV, XVI et XX) où nous ne retrouvons ni la bride, ni les crises antérieures, signes prémonitoires du volvulus définitif, ni aucune des causes mécaniques, physiologiques, signalées ci-dessus (mais seulement observation XV : un caecum soutenu par un méso long et tordu — observation XX : torsion favorisée par l'existence d'un méso libre et flottant), nous constatons que, pour les autres cas, toute étiologie nous échappe.

Et nous concluerons, avec Charrier, Lange, Laumonier et Ferradou (Bordeaux Chirurgical, avril 1936), que dans l'immense majorité des cas, deux sortes de lésions se rencontrent à l'origine : lésions congénitales (défaut d'accolement du méso colon droit et mobilité anormale de l'ans iléo-colique) ou lésions pathologiques (brides ou adhérences post-opératoires ou inflammatoires) et que, pour d'au-

tres cas, ni les causes occasionnelles signalées parfois (troubles vaso-moteurs dûs à des variations thermiques : extérieures ou « coup de froid » intérieur), ni les antécédents habituels (constipation chronique ou crises passagères) n'ont pu être constatés.

Pour ces cas, aucune étiologie satisfaisante n'a pu encore être donnée.

Que va-t-on découvrir : Un volvulus vrai
par torsion autour de l'axe longitudinal.

Ou une bascule sur l'axe transversal ?

— **Les premiers** seraient-ils habituellement aigus.

Les seconds dateraient-ils plus souvent de plusieurs jours.

— **Les volvulus vrais** seraient-ils des complications des coudures du cæcum ?

Si nous regardons nos 22 observations, nous constatons que *parmi les cas aigus*, donnant un tableau clinique grave d'emblée et nécessitant une opération d'urgence, on trouve neuf volvulus vrais par torsion autour de l'axe longitudinal (observations I, III, VI, VIII, XII, XV, XIV, XX, et XXII) pour seulement trois plicatures (observations IV, IX et XVIII).

Il faut reconnaître que sur les 22 cas, celles-ci ne sont au nombre de cinq (et deux observations, II et XIII datent de plusieurs jours).

Ce qui ferait penser que les plicatures seules, aussi bien que les volvulus vrais, peuvent donner des cas aigus.

Quand on examine alors *les cas chroniques*, datant de plusieurs jours, nous sommes obligés de reconnaître que pour 8 cas de volvulus vrais, nous trouvons deux cas de bascule (observations II et XIII).

Nous pourrions alors en déduire que le volvulus que l'on opère, est surtout le vrai, celui par torsion autour de l'axe longitudinal du caecum et du colon droit (18 cas sur 22) que ce volvulus vrai peut dater de plusieurs jours (1/2 des cas environ) et qu'on retrouve alors pour cinq d'entr'eux des antécédents (observations VII, X, XI, XVII et XIX), ou bien un long méso pour quatre d'entr'eux (observations V, XIV, XVII et XXI) et les deux plicatures (ob-

servations II et XIII), et la fameuse bride fibreuse pour les neuf cas réunis ; ils rentrent alors dans les cas de volvulus à signes prémonitoires, s'annonçant à distance par des coliques plus ou moins vives et répétées, avec état nauséux. Les crises se terminant par émission de matières et de gaz.

Ce sont ces états de stase caecale, pour lesquels un certain degré de torsion peut se reproduire de temps à autre, et où une constipation plus accentuée et une surcharge alimentaire intempestive, aient pu déterminer le volvulus définitif, selon la description d'Algrave.

Nous rejoignons ici la théorie uniciste de Manteuffel reprise par Gatellier, Moustier et Porcher, qui ne voient qu'une différence de degré entre le « volvulus incomplet par plicature autour d'un axe transversal, et le volvulus complet par rotation autour de l'axe longitudinal ».

Mais il faut bien reconnaître que dans les neuf cas de volvulus aigus, vrais, signalés plus haut, on ne trouve ces antécédents que pour trois cas seulement de volvulus (observations I, VI et XII) et ainsi il ne pourrait être question de considérer les six autres cas comme des complications de plicatures ou baseules. Et de plus, en comptant les trois plicatures aiguës sur l'ensemble des douze cas, on ne relie que deux fois la présence de la bride (observations I et XXII).

En résumé, les volvulus opérés peuvent être divisés en deux grandes catégories : *les volvulus datant de plusieurs jours avec généralement bride péritonéale et long méso, presque tous précédés de crises prémonitoires, et où l'on trouve surtout des volvulus vrais, par rapport à deux cas de plicature, et d'autre part les volvulus aigus, d'emblée, sans antécédents avec absence de bride et où se voient aussi bien des plicatures que des volvulus vrais (mais avec prédominance de ces derniers).*

VOLVULUS AIGUS		VOLVULUS DATANT DE PLUSIEURS JOURS
I, III, VI, VIII, XII, XV, XVI, XX, XXII	Volvulus vrais (par torsion autour de l'axe longitudinal).	V, VII, X, XI, XIV, XVII, XIX, XXI
IV, IX, XVIII	Plicatures	II, XIII
XV, XX	Présence d'un long méso	II, V, XIII, XIV, XVII, XXI
III, IV, VI, VIII, IX, XII, XV, XVI, XVIII, XX	On ne trouve pas de bride.	II
I, XXII	Présence d'une bride fibreuse.	V, VII, X, XI, XIII, XIV, XVII, XIX, XXI
III, IV, VIII, IX, XV, XVI, XVIII, XX, XXII	Pas d'antécédents	II, V, XIV
I, VI, XII	Présence d'antécédents.	VII, X, XI, XIII, XVII, XIX.
Les Volvulus aigus (12 cas) — vrais ou plicatures — n'ont en général ni brides (10 cas), ni antécédents (9 cas).		Les Volvulus datant de plusieurs jours (10 cas) présentent souvent un long méso (6 cas), une bride (9 cas), des antécédents (6 cas).

QUEL TABLEAU CLINIQUE OFFRIRA NOTRE MALADE ?

En règle générale, nous trouverons un malade qui, après avoir présenté ces crises antérieures de subocclusion que nous venons de décrire, et que nous allons observer dans cinquante pour cent des cas environ, sera en occlusion depuis plusieurs jours, ou seulement depuis quelques heures, s'il s'agit d'un cas de volvulus aigu.

L'arrêt des gaz, symptôme commun à toutes les occlusions, sera presque toujours constant ; alors que l'arrêt des matières sera moins fréquemment constaté ; le bout terminal du gros intestin, en aval de l'obstacle, pourra se vider (observation I : on constate en prenant la température, la région anale, souillée de matières molles).

Le malade nous dira que son affection a commencé par des douleurs abdominales, dont il ne peut préciser le siège (observations I, II, V, VIII, IX, XVI, XVIII), ou dans la région périombilicale (observations VI, X, quelquefois dans le bas-ventre (observation XIX) ; et contrairement à Pen-ther, qui trouve que la douleur ne siège jamais dans la fosse iliaque droite, et à Doucet, qui pense aussi que le point de départ n'est qu'exceptionnellement dans la fosse iliaque droite, nous relevons personnellement sept observations où le début fut à droite. — Observation III : vives douleurs à type colique dans la fosse iliaque droite, dans le flanc et l'hypocondre du même côté. — Observation IV : la malade fut prise de coliques violentes siégeant d'abord

dans la fosse iliaque droite. — Observation XI : entre pour syndrome douloureux prédominant à droite. — Observation XII : souffrait depuis des années d'accidents douloureux avec paroxysmes dans tout le côté droit. — Observation XIV : il ressentit une douleur poignante dans la fosse iliaque droite. — Observation XV : le début des accidents a commencé par une douleur brusque dans la fosse iliaque droite, et Observation XXII : la malade a été prise la veille de douleurs très aiguës dans tout le côté droit du ventre.

Ces exemples suffisent amplement à démontrer que, contrairement à l'opinion commune admise, *la douleur du volvulus commence souvent à droite.*

Des nausées, fréquemment des vomissements, accompagnent ces douleurs. Si l'affection est laissée à elle-même, on trouve des vomissements fécaloïdes comme dans toute occlusion intestinale à la période terminale.

La température est le plus souvent entre 37 et 38, parfois l'apyrexie absolue est constatée, tout au moins dans les premières heures (observations I, IV, XIII, XXI). Puis la température s'élève au-dessus de 38°, en même temps que le pouls grimpe. Quelquefois, il est d'emblée rapide au-dessus de 110, et annonce un processus aigu, particulièrement grave. — Observation V : le pouls est à 140, en relation avec un volvulus, avec éraillures de la séreuse, nécessitant une résection. — Observation XV : le pouls à 140, accompagné de contractures de la paroi, et on a trouvé des plaques de sphacèle verdâtres nécessitant une résection. — Observation XVI : pour un pouls à 120, on trouve des plaques de sphacèle à l'opération, on fait aussi une résection. — Observation XVIII : le pouls est incomptable avec syndrome d'inondation intrapéritonéale suraiguë et on constate un caecum violacé énorme.

Mais ces signes, banaux dans les affections abdominales aiguës, ne permettent guère de tirer de conclusions intéressantes, quant au diagnostic auquel on doit arriver.

Que va nous apporter l'examen ?

En règle générale, nous trouvons un ballonnement abdominal léger, qui peut être absolument sans asymétrie, ne permettant pas de diagnostiquer le siège de l'occlusion (observation II et XVII) ; ou bien *une tuméfaction sonore*, voire tympanique, *douloureuse à la pression, rénitente*, siégeant presque toujours dans la région épigastrique (observation I, IX, X, XIX, XXI) faisant croire à un ulcus perforé avec enkystement pour l'observation I ; ou conduisant pour l'observation X au diagnostic, chez une femme hystérectomisée, de pyosalpinx communiquant avec l'intestin et contenant des gaz ; la tuméfaction sera parfois suspubienne (observation V) et aura fait penser à une sténose néoplasique ou une torsion de kyste, ou bien encore, siégera dans la fosse iliaque droite, faisant porter le diagnostic d'occlusion par bride (observation XIV), voire d'obstacle sur le caecum (observation XVI), et même de volvulus probable du caecum pour l'observation VII, où la radio avait d'ailleurs été pratiquée ; quelquefois nous verrons cette tuméfaction dans l'hypocondre gauche (observation IV et observation VI) en imposer pour un volvulus pelvien, ou en faisant penser par sa forme et son siège, à un estomac dilaté, pour le cas de l'observation XII.

Nous voyons donc que ce ballonnement localisé très net, mais d'emplacement variable (selon la place occupée par le caecum distendu et volvulé) qui, peut être accompagné ou non, d'ondulations péristaltiques (celles-ci n'étaient présentes que dans les observations IX, XIV, XVI, XXI) constitue ainsi défini, le signe de von Wahl, a été observé 12 fois sur nos 22 cas.

Il n'est donc pas constant.

Car nous avons trouvé plusieurs fois une sensibilité de fosse iliaque droite avec contracture conduisant au diagnostic probable d'appendicite aiguë (observations XV, XX,

XXII), une autre fois une contracture de tout l'abdomen avec état général altéré, simulant une péritonite généralisée (observation VIII), et même un cas de fosse iliaque douloureuse, tendue, avec signes d'hémorragie interne suraigüe, laissant croire à une rupture d'un gros vaisseau mésentérique ou mésocolique droite (observation XVIII).

Ce *signe de von Wahl*, qui n'existe pas toujours comme le montre les exemples ci-dessus, est l'un des symptômes de la triade décrite autrefois par Faltin, comme pathognomonique du volvulus caecal.

Un autre élément du trépied reposait sur l'existence d'antécédents avec crises de subocclusions. Nous avons déjà vu dans le second chapitre de cette étude ce que nous devions en penser.

Les volvulus aigus (plus de la moitié des cas) *n'ont pas dans leur histoire ces signes prémonitoires* annonçant la torsion qui se produit d'emblée, on ne les retrouve que dans les volvulus datant de plusieurs jours.

Quant au troisième signe, c'est le plus discutable :

« Cette rémission des symptômes, au deuxième et troisième jour », qui n'a été observée dans aucun de nos 22 cas, a été critiquée par tous les auteurs.

Mondor, à propos de sa malade (observation XII) « dans son histoire, que des crises antérieures nettes, et au début de l'attaque, pas de détente. Manquaient donc, deux des éléments d'un trépied symptomatique proposé par Faltin et dont Lenormant a déjà montré ici l'instabilité ».

Bien que Doucet, dans ces conclusions, déclare, que les autres signes sont ceux d'une occlusion intestinale, avec comme particularité, la phase trompeuse de rémission et que Penther nous dise : que cette sédation caractéristique, existe dans la majorité des cas, rémission remarquable sur laquelle les mémoires publiés n'ont pas assez insisté, nous

affirmerons, au contraire, que pour les volvulus aigus (et nous savons qu'ils constituent plus de la moitié des cas), il ne peut en être question ; et que, à propos de nos dix observations de volvulus datant de plusieurs jours, nous sommes bien forcés de reconnaître, que Massadier (observation V) dit : « Il nous manquait les deux premiers éléments de la triade symptomatique dont parle Faltin, les antécédents, la rémission des phénomènes au troisième jour », que dans les observations X, XI, XIII, il n'a pas été remarqué de détente ; qu'elle n'a pas plus existé dans l'observation Barbilian (observation XIV) que dans l'observation XVII et dans l'observation XXI, où Lenormant ajoute : en fait, cette triade est rarement au complet et je n'ai trouvé signalée la détente, dont parle Faltin, dans aucune des observations récentes.

Nous devons reconnaître que le diagnostic n'est pas facile. Les signes sont loin d'être constants et varient d'un malade à l'autre.

Ne remarquons-nous pas qu'ils ne nous ont permis de conclure, sur nos 22 observations : 11 fois seulement, à une occlusion intestinale d'origine diverse (la cause en soi étant plus difficile à préciser) ; et une seule fois, le diagnostic de volvulus probable du caecum a pu être proposé (observation VII, mais précisément dans un cas où l'examen radiographique avait été pratiquée).

LA RADIOGRAPHIE NE VA-T-ELLE PAS NOUS ÊTRE D'UN PRÉCIEUX SECOURS ?

Sans aucun doute, car en présence des progrès accomplis chaque jour dans tous les domaines, par la chirurgie, il ne devient plus possible de se passer de la radiographie, comme moyen de diagnostic indispensable.

L'aide, que la radio va nous apporter, est des plus précieuse, même pour les « abdomen aigu » où elle était jusqu'ici très peu employée. Ne disait-on pas couramment qu'elle était inutile, sinon dangereuse.

Nous avons vu que Doucet ne voyait son utilité que pour le diagnostic des plicatures chroniques du caecum — et qu'elle était dangereuse (à cause du lavement baryté qu'il faut administrer) pour les volvulus aigus.

Nous allons démontrer justement (le lavement baryté n'étant d'ailleurs pas indispensable), que c'est pour les cas aigus, où il faut prendre une décision rapide (puisque la vie du malade est en danger), que la radioscopie sans préparation, nous sera la plus utile pour préciser un diagnostic hésitant.

Déjà Penther avait jugé la radioscopie comme trop peu utilisée en France, pour que l'on soit en droit d'en tirer des conclusions précises.

On peut même dire, qu'il fit le procès de la radiographie : « Nous rejetons l'idée de pratiquer l'examen après ingestion de bouillie barytée », dit-il. Puis, envisageant l'examen « à vide », où l'on voit le gros intestin distendu

par les gaz, il reconnaît que git-là toute la difficulté du diagnostic par la constatation du siège central au périphérique de la zone claire qu'il donne. C'est l'ectopie caecale qui est la cause de toutes les erreurs, et cette ectopie ne semble pas devoir être mise mieux en évidence par les moyens radiologiques que par les moyens cliniques.

Nous montrerons au contraire, avec Moulouquet, que les images de radiologie abdominale sans préparation sont ressemblantes, leur enregistrement précieux, mais qu'il nous faut apprendre à les lire.

Penther ajoute aussi, l'objection du lavement baryté que nous ne retiendrons pas, puisque la radiographie sans préparation, va nous apporter des renseignements suffisamment significatifs, et une série d'autres critiques d'ordre matériel et pratique : l'absence d'installation radiologique prête à fonctionner immédiatement (argument qui ne peut plus guère être retenu à l'heure actuelle, avec les salles d'opérations modernes où le poste de radio est constamment à la disposition du chirurgien, même dans les petits hôpitaux) ; la nécessité de laisser le malade se reposer entre le moment où on l'amène dans son lit et le moment où on le place sur la table d'opération, l'obligation de le réchauffer et de lui administrer les soins préopératoires indispensables, ne peuvent être retenus sérieusement comme contre-indiquant l'examen radiographique ; et l'on pourrait même dire, que *cet examen radiologique fait partie de ces soins préopératoires indispensables*.

Enfin, dernière critique : la perte de temps que peut occasionner un examen radiologique approfondi, ne peut être tenu non plus en considération ; l'examen radiographique sans préparation ne demande que peu de temps et aucun préparatif, et les quelques minutes qu'il aura demandé, seront vite rattrapées, si, à la laparotomie, nous savons déjà de quoi il peut s'agir.

Roger Sarles, dès 1932, disait déjà à *propos du volvulus incomplet du caecum* : que ce sont des signes radiologiques seuls, qu'on peut attendre confirmation du diagnostic, les rares fois où l'on y aura pensé. Dans les autres cas, ce sont eux qui l'imposent, alors qu'on suspectait tout autre organe. Les signes caeco-coliques, décrits par Gatellier, Moustier et Porcher : fond caecal n'occupant plus le point déclive, déshabitation de la fosse iliaque droite par le caecum, incisures transversales du caecum, devenues plus ou moins obliques, sont constants. Et un quatrième signe est important : les contours de l'anse déclive (charnière de torsion) sont nets, s'opposant au flou des contours fundiques caeaux.

Mais pour les cas aigus, la radiographie devra, à l'avenir, nous apporter le secours indispensable, que nous sommes en droit d'exiger, car, si nous relisons nos observations, nous voyons que la radiographe a été jusqu'ici très peu employée — six fois seulement.

Dans l'observation XII, Mondor a vérifié, que la radiographie, si l'état présumé l'autorise, est d'un secours décisif, offrant les caractères précisés par Porcher, ci-dessus.

Dans l'observation VIII, pour un cas de volvulus à début lent, avec existence dans les antécédents de nombreuses crises de subocclusion avec distension caecale, et où, un diagnostic probable du volvulus du caecum avait déjà été posé (puisqu'au cours d'une première intervention on avait constaté le défaut d'accolement des mésos), l'examen radiographique (mais fait sans urgence avec ingestion de gélobarine et lavement baryté) vint confirmer l'existence d'une distension du caeco-colon ascendant, entre deux sténoses sus et sous-jacentes.

Mais c'est seulement pour les observations IV et VI, que nous voyons que la radio sans préparation, être employée pour un « abdomen aigu ».

Dans le cas de Holubec (observation VI) elle montre : une volumineuse image claire (gaz) arrondie en coupole en haut, avec des niveaux liquidien, l'estomac étant refoulé en haut — et pour la malade de l'observation IV : une anse extrêmement dilatée, que nous pensons être l'anse sigmoïde volvulée, mais à notre grande surprise, ajoutent les auteurs, le lavement opaque donné sous faible pression injecte le cadre colique, et encadre l'anse dilatée, qui comprime le colon transverse.

Dans notre observation personnelle (observation I) la radioscopie sans préparation nous a montré : une opacité moindre sous diaphragmatique, avec un niveau de liquide au niveau de la tuméfaction.

Si le diagnostic exact n'a pu être fait, c'est que nous ne savons pas encore lire, disait Moulonguet, ces images au premier abord, obscures et complexes ; car ce sont les mêmes descriptions que ci-dessus, que l'on lit dans les observations de Sicard et Malgas, qu'il rapporte à l'Académie de Chirurgie, séance du 21 avril 1937. — Ces clichés montrent d'abord une coupole à sommet paramédian gauche, et niveau liquidien d'un flanc à l'autre, sans autre image caractéristique d'une occlusion, puis dans un deuxième cliché, un gros ballon à limites très nettes et autour de lui des anses grêles distendues, et de plus, il existe un énorme pneumopéritoine décollant le foie de plusieurs centimètres ; et enfin pour un troisième cliché, où un lavement baryté est administré, la perméabilité du colon et l'existence dans le cadre colique, du ballon aérique précédemment remarqué.

Et Moulonguet de conclure que, « les images de la radiographie abdominale sans préparation sont ressemblantes, leur enregistrement est précieux, et qu'en conséquence nous devons apprendre à les lire. Car l'énorme ballon caecal avec son niveau hydroaérique allant d'un flanc à l'autre correspond au volvulus non perforé, les radios successives montrent, par suite de la perforation, le caecum dégonflé

et l'établissement du pneumopéritoine. Le diagnostic de l'occlusion, de la cause de l'occlusion, et de la localisation de l'occlusion est écrit sur ces clichés, il ne nous a manqué que l'expérience de les lire ; mais on apprend à lire même les écritures difficiles et cela en vaut la peine. »

En présence d'une occlusion aiguë, comment distinguer les images radiologiques de la distension du grêle et celles de la distension du colon. Les meilleurs signes, nous dit Moulonguet, sont les suivants : les images hydroaériques de l'iléon sont plus nombreuses, de plus petit diamètre et discontinues ; de plus, ces images, et c'est un signe très important, coexistent quelquefois avec les images coliques qui, par déduction, permettent de les identifier. Les images hydroaériques du colon ont un plus grand diamètre, et surtout elles sont continues ou subcontinues, dessinant complètement ou incomplètement le cadre colique, avec la lumière transversale à grande courbure du transverse.

C'est ce que nous avons relevé dans le compte rendu radioscopique des observations VI : volumineuse image claire avec un niveau liquidien ; — observation II : coupole à sommet médian gauche et niveau liquidien d'un flanc à l'autre — et observation I de Lemarchal : opacité moindre sous-diaphragmatique et niveau de liquide au niveau de la tuméfaction. Puis dans un deuxième examen à la verticale : deux niveaux de liquide, le nouveau niveau en dessous et en dehors du précédent.

Mais encore faut-il préciser que la tache claire d'une anse distendue appartient au colon ou au grêle. Naturellement le lavement baryté peut préciser le diagnostic entre iléon et colon, mais il peut être mal interprété et Moulonguet de citer une observation le démontrant : l'occlusion était marquée, la malade fatiguée, les antécédents ne renseignant pas, la radiographie sans préparation montrait des niveaux multiples, mais qui devaient être interprétés comme le transverse et l'angle splénique dilaté ; dans le doute, un lavement baryté fut donné, il remplit sans diffi-

culté la totalité du cadre colique ; une laparotomie médiane, inutile et dangereuse, ne permit pas de trouver la cause de l'occlusion ; quelques jours plus tard, de nouvelles explorations faites par lavement baryté, qui cette fois fut démonstratif, firent découvrir au niveau du colon sigmoïde, inaccessible du toucher rectal, une zone suspecte ; un anus iliaque gauche fut établi, et par la suite, le cancer sigmoïdien fut démontré.

Nous publierons dans le même ordre d'idée l'observation d'une malade de 43 ans, d'origine polonaise, hospitalisée à l'Hôtel-Dieu de Laon, en mars 1939.

... M^{me} A... a été, le 18 mars, prise de douleurs violentes dans tout l'abdomen ; arrêt des matières et des gaz — pas de vomissements. Le 22, dans la journée, une selle, à la suite d'un examen radioscopique (montrant un arrêt de la gélobarine au niveau de l'angle colique droit). Depuis, l'occlusion s'est définitivement installée — arrêt complet des matières et des gaz. La malade aurait présenté des symptômes analogues d'occlusion il y a six mois.

A son admission, le 23 mars 1939 : la malade présente un péristaltisme intense avec ballonnement surtout médian et non généralisé. Le toucher rectal n'est pas pratiqué (la malade ayant un goutte à goutte rectal) T : 37,8, P : 90. Elle est venue d'urgence avec un examen radiologique concluant à un mégadolicholon, cause d'obstruction.

Radiographie 22-3-1939, D^r Pestel, Laon.

Estomac : aérophagie, dilatation, pas de lésions apparentes.

Intestin : mégadolicholon avec larges images hydro-aériques, en position verticale.

Conclusion : sub-occlusion mécanique, par ptose généralisée compliquant le dolichocolon (coudures réductibles en décubitus dorsal).

Opération. Laparotomie médiane sous-ombilicale : Anses grêles et caecum distendus : on ne réussit pas à amener



M^{me} A... 43 ans, Hôtel-Dieu, Laon.

Radiographie D^r Pestel, Laon
22-3-39

Arrêt de la gélobarine au niveau de l'angle colique droit. Megadolichocolon avec image hydroaérique en position verticale.

le transverse ; sans être affaissé, l'S iliaque n'est cependant pas distendu. On introduit la main dans le ventre pour suivre le cadre colique de gauche à droite. On repère au voisinage de l'angle droit, un peu au-dessus, une virole indurée. Réunion en un plan de bronze.

Incision de Mac Burney : on fait un anus iliaque droit, sur le caecum.

A la suite de l'intervention, suivie d'une débâcle abondante, persistance de la température, pendant une quinzaine de jours, écoulement abondant de matières molles et de liquides irritant la peau.

25-4-1939. — Iléotransversostomie, en vue d'une résection ultérieure.

Ici le lavement baryté n'a pas été pratiqué, et en conséquence on n'a pas pu déceler, en concluant à un mégadolichocolon avec gaz en haut et liquide en bas, la cause de l'occlusion, qui était non pas une coudure, mais un cancer de l'angle colique droit.

En résumé, la radioscopie sans préparation des occlusions intestinales aiguës et en particulier des volvulus du caecum, nous apporte des images auxquelles nous étions encore peu habitués ; mais, quand leur interprétation nous sera familière, elle sera pour nous un moyen de diagnostic très précieux auquel nous recourerons plus volontiers.

DEVANT UN TEL SYNDROME QUEL DEVRA ÊTRE NOTRE CONDUITE OPÉRATOIRE

La nécessité d'une intervention immédiate pour le volvulus caecal, comme pour toutes les variétés de volvulus aigu, avait déjà été souligné par Lenormant.

Ce volvulus, dit-il, ne peut guérir que par la détorsion ou la résection ; tous les malades qui n'ont pas été opérés sont morts, et aussi tous ceux chez lesquels la nature de l'obstacle ayant été méconnue, on a fait une opération palliative (anus artificiel sur le caecum ou en amont, ou anastomose).

Si l'intestin tordu a conservé sa vitalité, si ses vaisseaux ne sont pas thrombosés, la détorsion suffit ; elle est généralement facile.

Dans nos observations, en effet, la détorsion, quand elle fut possible, a été pratiquée avec de bons résultats. Soit qu'elle fut accomplie seule (pour les cas XIII, XIV et XXII) et nous poserons un point d'interrogation quant à la récurrence possible. Soit qu'elle fut suivie de pexie (observations IX, X, XI et XVIII). Soit qu'elle fut pratiquée avec fistulisation du caecum ou appendicostomie (pour les cas : III, IV, XVI, XIX, XX, XXI). Une scarlatine au vingtième jour pour le cas XI, et le décès au dixième jour par œdème aigu du poumon (observation III), furent les seuls accidents remarquables pour l'ensemble de ces treize cas.

Mais il convient de remarquer de suite, que tous les cas de plicatures ou bascules du caecum, rentrent dans cette

catégorie traitée par détorsion (observations III, IX, XIII, XVIII) et nous pourrions en déduire qu'ils doivent être moins sujet à donner des plaques de sphacèle que les volvulus vrais, puisque la détorsion leur a été seule pratiquée et que la résection ne s'imposait pour aucun d'eux.

Quant aux opérations palliatives de détorsion suivie d'extériorisation, les deux cas que nous en possédons nous montrent qu'il ne faut pas en espérer de bons résultats. La mort survient au troisième jour, pour l'observation V ; une phlébite du membre inférieur gauche apparue au dixième jour, compliqua les suites du cas XVII.

Au contraire, dans tous les cas où la résection fut pratiquée (observations I, VI, VII, VIII, XV), la guérison fut la règle. Nous tenons à dire qu'il s'agit pour ces cinq cas de volvulus aigus vrais (par torsion autour de l'axe longitudinal) ; sans doute ces volvulus auraient-ils tendance au sphacèle plus vite que les autres.

On avait pourtant reproché à l'hémicolectomie droite, sa gravité, qui est celle de toutes les résections intestinales et le choc qu'elle provoquait. Or, nous voyons qu'elle fut pratiquée avec succès, dans des conditions qui ne furent pas toujours idéales pour sa réussite. Dans notre observation personnelle (I), elle est réalisée chez un malade âgé de 65 ans. Elle fut pratiquée, pour un malade dont l'état général était grave, avec respiration superficielle et où l'on n'a pas hésité à réséquer 28 cm. de colon droit et 6 cm. d'iléon (observation VI). Elle fut suivie de succès aussi (cas VII) chez une femme de 47 ans, cachectique avec altération de l'état général. Enfin l'hémicolectomie fut faite dans un cas où un ventre de bois, avec faciès péritonéal et pouls petit et rapide, avait fait poser le diagnostic de péritonite généralisée (du pus fut d'ailleurs trouvé à l'ouverture) pour l'observation VIII.

Et l'anastomose iléotransverse, faisant suite à la résection, ne devra être autant que possible jamais latéro-latérale (c'est l'avis de Thévenard, rapport à la Société de Chirurgie du 27 octobre 1930) ; celui-ci rappelle la part que pouvait prendre une telle anastomose à la détermination d'un nouveau volvulus : la poussée péristaltique venant aboutir dans le cul-de-sac de l'anse afférente et amorcer ainsi la torsion ; il faut préférer l'anastomose termino latérale pour l'iléo-colique. Elle fut d'ailleurs employée dans les cas I et VII.

Si l'hémi-colectomie s'impose et ne se discute pas pour tous les cas où l'intestin tordu est gangréné, la simple détorsion quand elle est praticable, si elle n'est pas suivie de cœcopexie aussi large que possible, est une opération très critiquable selon l'avis de Lenormant : la fixation de l'intestin détordu semble une conduite tout à fait logique car le volvulus caecal, comme tous les autres volvulus, doit avoir tendance à se reproduire. Cet auteur désapprouve donc l'appendicostomie, où le caecum est fixé par le moignon appendiculaire : fixer un intestin mobile en un seul point très limité de sa paroi, c'est augmenter et non pas diminuer les chances de torsion nouvelle.

Ce fut aussi la pensée de Lecène ; mais l'appendicostomie, ajoute-t-il, a cependant de gros avantages, quand on désire drainer le caecum ; et c'est ce qu'on recherchait quand on l'a employée, en plus du moyen de fixation qu'elle procure.

Cependant, à propos de l'observation de Fercy (XIX), Cadenat, dans son rapport à la Société Nationale de Chirurgie du 28 juin 1930, défend ce procédé. S'il y a avantage, dit-il, quand on pratique une pexie, à la faire large, et surtout à fixer l'intestin à la paroi postérieure, plutôt qu'à l'antérieure, puisque nous constatons souvent, que les adhérences intestinales antérieures sont le siège de douleurs, il peut être dangereux quand on opère sur un intes-

tin distendu par un obstacle et particulièrement fragile, d'en traverser la paroi, même avec une fine aiguille ; on comprend que les chirurgiens aient pensé utiliser l'appendice, surtout quand ils opéraient par voie latérale et même quand, quand après une laparotomie médiane, ils recouraient à une contre-incision latérale, fixant ainsi la fistule, à distance de la plaie principale.

Mais attention, dit Aigrot, à la suite de ses deux observations (XV et XVI), on ne doit se contenter de détorsion que si, non seulement les parois de l'intestin sont en bon état, mais encore que les vaisseaux qui le nourrissent sont intacts ; et de citer un cas où la détorsion se fit aisément et où le caecum avait paru sain ; pourtant l'opéré mourut au sixième jour. A l'autopsie, on avait constaté l'existence d'une thrombose vasculaire qui, après l'opération, avait déterminé le sphacèle du caecum détordu et remis en place.

C'est pourtant la résection qui supprime le foyer septique, actuel ou qui pourra se former secondairement, en même temps qu'elle élimine toute rechute, restera la procédé de choix. L'hémi-colectomie devra donc être employée toutes les fois que des doutes naîtront quant à la vitalité de l'anse volvulée : soit qu'elle soit déjà sphacelée, soit qu'un sphacèle secondaire y soit provoqué par une thrombose des vaisseaux nourriciers.

CONCLUSIONS

1° Les Volvulus vrais (par torsion autour de l'axe longitudinal du caecum) aigus, se produisant d'emblée, sans signes prémonitoires et sans que l'on ait trouvé à l'opération de défaut d'accolement du mésocolon ni de bride fibreuse péritonéale, sont très rares, par rapport à l'ensemble des Volvulus caecaux peu fréquents en eux-mêmes.

Ils affectent plutôt l'âge mûr.

2° Très souvent, pour des cas de volvulus vrais, aigus, d'emblée, la cause nous échappe ; et on ne retrouve, pour les expliquer, aucune des étiologies signalées, soit comme favorisant, soit comme déterminant la torsion.

3° On peut classer les volvulus, que l'on opère, en deux grandes catégories :

a) Ceux qui datent de plusieurs jours, qui sont en grande partie des volvulus vrais, pour lesquels on retrouve des antécédents, une bride et un long méso.

b) Les volvulus aigus (ou bien pour la majorité des volvulus vrais, ou bien quelques cas de plicatures) qui se caractérisent, au contraire, par l'absence à la fois d'antécédents, de bride péritonéale et de long méso.

4° L'affection débute par des douleurs abdominales, dont il n'est pas exceptionnel de trouver le siège dans la fosse iliaque droite.

La fameuse triade symptomatique, décrite par Faltin, est très discutable.

a) La tuméfaction sonore, localisée, que traduit le caecum volvulé et distendu sous la paroi, est d'emplacement variable.

De plus, elle n'est pas constante : une contracture de la fosse iliaque droite a pu quelquefois en imposer pour une appendicite (erreur fréquente de diagnostic).

b) Les crises prémonitoires de subocclusion, deuxième symptôme du trépied de Faltin, n'existent en général pas pour les volvulus aigus.

c) Quant à la rémission des symptômes du troisième jour, qui constitue le dernier signe de la triade, il a été mis en doute par de nombreux auteurs ; et nous, nous ne l'avons retrouvé dans aucun de nos cas.

5° La radiographie va alors nous apporter une aide précieuse si le diagnostic, par les moyens cliniques, est difficile à établir.

a) Le recours à la radiographie sans préparation devrait être généralisé pour tous les « abdomens aigus » et en particulier pour les volvulus aigus.

b) La radiographie sans préparation n'a pas de contre-indications ; elle ne fait courir aucun risque au malade.

c) Les clichés qu'elle nous donne sont bien définis et ressemblants : une large image claire à limites nettes, avec un ou deux niveaux liquidiens (le lavement baryté, s'il peut être pratiqué, injecte le cadre colique et encadre ce ballon hydroaérique).

6° Le diagnostic posé, l'opération d'urgence s'impose toujours.

La résection, puisqu'elle supprime le foyer d'infection

et élimine *a priori* toute rechute (alors qu'une détorsion quand elle est possible, suivie de caecopexie insuffisante, peut conduire à une récurrence), sera le procédé de choix.

VU : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

VU : *Le Président de Thèse,*
GRÉGOIRE.

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

AIGROT. — Trois cas d'occlusion intestinale rare (volvulus du caecum et hernie étranglée de l'hiatus de Nérisslow). Rapport de M. Alglave.

(In : *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 2 Mai 1931 n° 14 t : LVII, p. 554).

BARBILIAN. — Un cas de volvulus du caecum.
Rapport de M. Rouhier.

(In : *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 6 Juin 1934, n° 20. Tome LX, p. 824).

P. BARBER. — Volvulus bei caecum mobile.

(In : *Zentralblatt für Chirurgie*, 8 May 1937, p. 1093).

BARDON et GANDY. — Volvulus du caecum et du côlon ascendant.

(In : *Journal de Chirurgie*, 1924, tome XXIII, p. 199).

M. M. BASDEN. — Volvulus du caecum compliquant le travail.

(In : *Journal de Chirurgie*, 1935, n° 4).

BLAND SUTTON. — Sur un cas de volvulus du caecum.

(In : *Journal de Chirurgie*, 1912, tome IX, p. 634).

BOURDONNET. — Caecum inversé.

(Thèse Paris, 1935, n° 29).

BROGLIO. — Volvulus del cieco; classificazione, cause e trattamento.

(In : *Giornal médi di Alto adige*, Juni 1933, p. 453).

BUNDSCHUH. — A propos du volvulus du gros intestin.

(In : *Journal de Chirurgie*, 1913, p. 223).

CAUTELMO. — Sur deux occlusions intestinales caecales mécaniques l'une par pérityphite hyperplastique et l'autre par inflexion et torsion du caecum mobile; opérations - guérisons.

(In : *II Morgagni*, 8 Févr. 1931, n° 6, p. 257).

CAVAILLON et DELVOYE. — Le volvulus du caecum. Etude clinique et traitement.

(In : *Revue de Chirurgie et gynécologie abdominale*, Janvier 1906, p. 53. — In : *La Presse Médicale*, 1906, p. 192).

CHALPART. — Torsion du caecum.

(In : *Américan Journal of Obst. et Gyné*, 1921, n° 6. — In : *Journal de Chirurgie*, 1921, t. XXII, p. 206).

CHALPAUT. — Torsion du caecum.

(In : *Journal de Chirurgie*, 1912, t. XXII, p. 203).

CHALIER. — Volvulus du caecum.

(Société de Sciences et de Médecine de Lyon. — In : *Revue de Chirurgie*, 1911, tome XLV, p. 101).

A. CHARRIER, J. LAROYE, P. LAUMONIER et M. FEIRADOU. — Deux cas de volvulus de caecum. Détorsion. Caecostomie. Une guérison et une mort au 10^e jour par œdème aigu du poumon. (In : *Bordeaux Chirurgical*, Avril 1936).

CHRISTMANN et A. FROMENTE. — Volvulus de ciego.

(In : *Revue de Chirurgie de Buenos-Ayres*, Juillet 1933, p. 508).

COCHRANE. — Volvulus iléocaecal autour d'un appendice situé à gauche.

(In : *The British medical Journal*, 2 Février 1929, p. 193).

COHN. — Volvulus du caecum dans une volumineuse hernie inguinale.

(In : *Berliner Klinisch Wochenschrift*, 10 juillet 1911, p. 1.273. — In : *Journal de Chirurgie*, 1911, tome VII, p. 322).

E. M. CORVER et P. W. SARGENT. — Volvulus du caecum.

(In : *Annals of Surgery*, n° 745, janvier 1905, p. 63. — In : *La Presse Médicale* n° 27, 5 avril 1905, p. 216).

DANIEL FERREY. — Un cas de volvulus du côlon droit. Détorsion de l'anse.

Appendicostomie.

Rapport de M. Cadenat.

(In : *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, n° 21, 28 juin 1930, p. 830).

DELANNOY. — Les altérations du côlon droit et la constitution caecale.

(Thèse Lille, 1919, n° 45).

DELVOYE. — Volvulus du caecum.

(Thèse Lyon, 1905).

- DOUCET. — Contribution à l'étude du volvulus du caecum.
(*Thèse Paris*, 1934, n° 114).
- DUPIRE. — Hémicolectomie droite. Technique chirurgicale.
(*Thèse Lille*, 1920, n° 14).
- DUPLONNE. — Anatomie du colon ascendant.
(*Thèse Paris*, 1930, n° 87).
- DURAND. — Les circonstances cliniques du diagnostic du volvulus caecal.
(In : *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, janvier 1929).
- DUROUX. — Les torsions pathologiques du gros intestin et leur traitement chirurgical (volvulus du caecum).
(In : *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1912, tome XIX, p. 325).
- E. ECCLES SMITH. — Volvulus du caecum; double obstruction.
(In : *British Medical Journal*, 28 février 1920. — In : *La Presse Médicale*, n° 58, 18 août 1920, p. 571).
- ELJASBERG. — Volvulus du caecum.
(*Rapport du 24^e Congrès des chirurgiens polonais, Cracovie* 1928).
- ESCHBACH. — Sur un cas d'occlusion intestinale par torsion autour d'une anastomose iléocolique.
(*Thèse Lyon*, 1920, n° 155).
- GATELLIER et PADOVAN. — Un cas de volvulus du caecum.
(*Société Anatomique de Paris*. Séance du 5 juillet 1928). — In : *Annales et anatomie pathologique*, 1928, tome V, n° 7, p. 811).
- GATELLIER & MUSSENTEIN. — Un cas de volvulus du caecum.
(*Société Anatomique de Paris*. Séance du 5 juillet 1928). — In : *Annales et anatomie pathologique* 1928, tome V, n° 7, p. 812).
- GATELLIER-MOUSTIER-PORCHER. — Les volvulus du caecum.
(In : *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, janvier 1931, tome XXI, p. 20).
- GAYET et LAROYENNE. — Occlusion post-opératoire par volvulus du caecum.
(*Société de Chirurgie de Lyon*, 21 Décembre 1911. — In : *Revue de Chirurgie*, 1911, tome XI, p. 675).

- GIGNOUX et MASSADIER. — Sur un cas de volvulus du caecum.
(*Société de Sciences Médicales de Saint-Etienne*, Séance du
20 Novembre 1935. — In : *Loire Médicale*, février 1936).
- GOINARD. — Les trois volvulus du caecum.
(In : *Algérie Médicale*, Mars 1930).
- J. M. GOWAN et C. F. DIXON. — Volvulus of caecum, report of
case.
(In : *Proc. Staff Meet Mayo Clin*, 27 May 1936, p. 337).
- GRAHAM. — Volvulus du caecum; relation d'un cas compliquant
une fièvre typhoïde.
(In : *Surgery, Gynecology and obstetrics*, Mars 1926).
- GRAULICH. — Un cas de volvulus caecal et complications gas-
triques.
(*Société Belge de Radiologie*, Séance du 12 février 1933. — In :
Bruxelles Médical, 19 Mars 1933, n° 20).
- GROVALLE. — Contribution à l'étude du volvulus du caecum.
(*Thèse Paris*, 1912, n° 234).
- HALLEZ Y MIRALLES. — Dilatation douloureuse du côlon droit.
(*Thèse Paris*, 1937, n° 565).
- HARTGLASS. — Volvulus du caecum.
- HAUSSMANN. — Les diverses formes du caecum mobile.
(In : *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chi-
rurgie*, 1903 fas. 4.
(In : *Journal de Chirurgie*, tome II, p. 647).
- HEILER. — Über einem Fall von Einklammung der Zeckum.
(In : *Münchenen Medizin Wochenschrift*, 15 März 1910, p. 587).
- HOLUBEC. — Contribution au diagnostic de l'iléus. Un cas de
volvulus du caecum.
(In : *Zentralblatt für Chirurgie*, 18 janvier 1936, n° 3, t. 63,
p. 147. — In : *Journal de Chirurgie*, août 1936, n° 2, t. 48,
p. 270).
- HOMANS. — Torsion du caecum et du côlon ascendant.
(In : *Archives of Surgery*, 1921, tome III. — In : *Journal de
Chirurgie*, 1921, t. XIX, p. 414).
- HUDIZAWA. — Über volvulus des caecums.
(In : *Okayama Igakhai Zasshi*, aug. 1936-48).

JANKOWSKI. — Le volvulus du gros intestin.

(In : *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1913, tome XI, p. 650).

JONCKHEERE. — Considérations sur un volvulus chronique du caecum.

(In : *Journal de Chirurgie et annales de la Société Belge de Chirurgie*, Décembre 1933, n° 9.

JONCKHEERE. — Considérations sur un volvulus chronique du caecum.

(In : *Le Scalpel*, 3 Mars 1934, n° 9).

KIMG. — Le volvulus du caecum et du côlon ascendant.

(In : *Archives für Klinische Chirurgie*, 1929, fas. 3, p. 547).

KNAGGS BILLINGSTON et DOBSON. — Volvulus.

(In : *The Lancet*, 6 Mars 1909. — In : *La Presse Médicale*, n° 53, 3 juillet 1909, p. 480).

KOLLIS. — Volvulus du caecum par torsion d'un appendice enflammé.

(In : *The Lancet*, 24 février 1906, p. 516. — In : *La Presse Médicale*, n° 26, 31 mars 1906, p. 208).

KUNTER. — Volvulus du caecum dans une hernie ombilicale.

(*Société de Chirurgie de Breslau*, Séance du 19 Décembre 1909. — In : *Revue de Chirurgie*, 1909, t. XLI, p. 543).

LAGOUTTE. — Un cas de volvulus du caecum du côlon ascendant et de la terminaison de l'iléon.

(*Société de Chirurgie de Lyon*, 17 février 1910).

LANDEL. — Contribution à l'étude du volvulus du caecum.

(*Thèse Paris*, 1930, n° 106).

LANGERON. — Volvulus et gangrène du caecum.

(In : *Lyon Médical*, 11 février 1914).

LAPEYRE. — Deux cas de volvulus du caecum.

(In : *Archives provençales de Chirurgie*, février 1910, t. XIX, p. 65).

LENORMANT. — Le volvulus du caecum.

(23^e Congrès de Chirurgie, oct. 1910. — In : *Procès Verbaux, mémoires et discussions*, p. 380).

LESME. — Torsion incomplète du mesentère primitif. Volvulus du caecum.

(*Thèse Toulouse*, 1922, n° 40).

LOUBAT. — Volvulus chronique du côlon droit. Hémicolectomie droite.

(*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*. Séance du 14 février 1935. — In : *Bordeaux Chirurgical*, n° 3, juin 1935.

In : *Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 10, 10 avril 1935).

MAKKAS. — Torsion asciale du caecum sans occlusion.

(In : *Zeutrabbate für Chirurgie*, 30 Marz 1929, n° 13, t. LVI).

A. Y. MARNASEVICH. — Volvulus of caecum.

(In : *sovet vrach Zhur*, fp 15 Aug. 1936, p. 1154).

B. B. MASS. — Two cases of volvulus of caecum.

(In : *Vrach de 10 20* : P. 147, 1937).

MAZET. — Deux cas de volvulus du gros intestin.

(In : *Lyon Chirurgical*, 1^{er} novembre 1912, tome VIII, n° 5).

MITREA. — Volvulus du caecum. Considération sur deux cas personnels.

(In : *Journal de Chirurgie*, 1920, p. 498).

MONNIER. — Gangrène du caecum par volvulus chez un enfant.

(In : *Paris Chirurgical*, Mai 1907, n° 4, tome I).

MONTI. — Volvulus du caecum par migration de la rate.

(In : *Bulletin delle Scienze Medische*, 1921, fas 5, p. 194. — In : *Journal de Chirurgie*, 1921, t. XIX, p. 635).

MOREAU. — Un cas d'occlusion intestinale par torsion du caecum et de l'origine du côlon ascendant. Extériorisation. Résection iléo-caecale secondaire.

(In : *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie de Paris*, 17 octobre 1930, p. 583).

ORBAN. — A propos du volvulus du caecum.

(In : *Annales de la Société de Médecine et Chirurgie de Liège*, 1935, p. 139).

PATHEY. — Caecum mobile.

(*Société de Médecine de Genève*, 25 janvier 1912. — In : *La Presse Médicale*, 1917, n° 37, p. 100).

PENTHER. — Contribution à l'étude du volvulus du caecum et son traitement.

(*Thèse Paris*, 1923, n° 104).

PYE SMITH. — Un cas de volvulus du caecum et du côlon ascendant.

(In : *The Lancet*, 30 juillet 1910, p. 302. — In : *Journal de Chirurgie*, 1910, tome V, p. 443).

QUENU. — Volvulus du caecum.

(*Société de Chirurgie de Paris*, 27 juin 1906. — In : *La Presse Médicale*, n° 52, 30 juin 1906, p. 418).

RIESE. — Volvulus de l'iléon et du caecum par gangrène.

(In : *Revue de Chirurgie*, 1912, tome XLV, p. 526).

RO COLANDS. — Volvulus de l'intestin.

(In : *The British medical journal*, 16 février 1929. — In : *Journal de Chirurgie*, 1929, p. 590).

ROMANI. — Contribution à l'étude du volvulus du caecum.

(In : *La Réforma Medica*, 24 Mars 1934, n° 12).

SANTY et DAVET. — Volvulus du caecum.

(*Société Nationale de Médecine et de Sciences Médicales de Lyon*, 8 juin 1921. — In : *La Presse Médicale*, 1921, n° 49, p. 490).

SARLES. — Sur le volvulus incomplet du caecum.

(In : *Les Cahiers de Gastro-entérologie*).

Supplément n° 3 de la Gazette Médicale de France et des Pays de Langue française, 1^{er} juin 1932, fas. 60).

SAUVE et LEJEUNE. — Deux cas de volvulus aigus du caecum.

(In : *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 23 juin 1934, n° 21, tome LX p. 879).

SEEFISCH. — Volvulus du côlon ascendant.

(In : *Revue de Chirurgie*, 1906, t. XXXVIII, p. 185).

SICARD et MALGRAS. — Diagnostic radiographie d'une occlusion intestinale aiguë.

(Volvulus du caecum). — Rapport de M. P. Moulonguet.

(In : *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, tome 63, n° 13. Séance du 21 avril 1937, p. 515).

SPECH. — Die Achsandrihung der Blindarmes.

(Leipzig 1909).

SPEIDER GREVIN et FOURNIER. — Deux cas de volvulus incomplets chroniques du caecum.

(In : *Maroc Médical*, 15 Septembre 1935, n° 159).

STROESCU. — Un cas de volvulus du caecum.

(In : *Miscarea Med. Romana*, 1934, n° 7. — In : *Journal de Chirurgie*, juin 1935, n° 6).

VERCOZ DIENAT et COHEN-SOLAL. — Un cas de volvulus du caecum.

(*Société de Chirurgie d'Alger*. Séance du 4 Février 1935. — In : *Algérie Médicale*, juin 1935, n° 90).

VIANNAY. — Un cas de volvulus du caecum.

(In : *La Loire Médicale*, 1924, n° 12, p. 621. — In : *Journal de Chirurgie*, 1925, t. XXVI, p. 554).

VIANNAY. — Trois nouveaux cas d'occlusion après appendicectomie.

(In : *Loire Médicale*, novembre 1931, n° 11, p. 482).

VIGUIER. — Volvulus du caecum du côlon ascendant et de l'origine du transverse, mort par entéroragie.

(*Société de Chirurgie de Paris*, 11 juin 1913).

WILMOTH. — Un cas de volvulus du caecum.

Rapport de M. Ch. Lenormant.

(In : *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 2 Mars 1928, tome LV, n° 7, 291).